

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1922

THÈSE

159

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Pierre LEGRAND**

Né le 6 Février 1894, Hyères (Var)

---

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE  
DES NOUVEAU-NÉS

---

*Président : M. MARFAN, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1922

२८१

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1922

THÈSE

N° 159

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

**Pierre LEGRAND**

Né le 6 Février 1894, Hyères (Var)

---

NOUVELLE CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PEMPHIGUS ÉPIDÉMIQUE  
DES NOUVEAU-NÉS

---



*Président : M. MARFAN, Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2 RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

---

1922

# Faculté de Médecine de Paris

| LE DOYEN : M. ROGER                                                     |  | ASSESSEUR : M. POUCHET |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|------------------------|--|
| PROFESSEURS.                                                            |  | MM.                    |  |
| Anatomie . . . . .                                                      |  | NICOLAS                |  |
| Anatomie médico-chirurgicale. . . . .                                   |  | CUNEO                  |  |
| Physiologie . . . . .                                                   |  | Ch. RICHET             |  |
| Physique Médicale . . . . .                                             |  | André BROCA            |  |
| Chimie organique et Chimie générale . . . . .                           |  | DESGREZ                |  |
| Bactériologie . . . . .                                                 |  | BEZANÇON               |  |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale . . . . .                  |  | BRUMPT                 |  |
| Pathologie et Thérapeutique générales. . . . .                          |  | Marcel LABBE           |  |
| Pathologie médicale . . . . .                                           |  | RÉNON                  |  |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                       |  | LECENE                 |  |
| Anatomie pathologique . . . . .                                         |  | LETULLE                |  |
| Histologie . . . . .                                                    |  | PHÉNANT                |  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale. . . . .                            |  | DUVAL                  |  |
| Pharmacologie et matière médicale . . . . .                             |  | POUCHET                |  |
| Thérapeutique . . . . .                                                 |  | CARNOT                 |  |
| Hygiène . . . . .                                                       |  | BERNARD                |  |
| Médecine légale . . . . .                                               |  | BALTHAZARD             |  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                     |  | MENETRIER              |  |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                           |  | ROGER                  |  |
|                                                                         |  | ACHARD                 |  |
| Clinique médicale. . . . .                                              |  | WIDAL                  |  |
|                                                                         |  | GILBERT                |  |
|                                                                         |  | CHAUFFARD              |  |
| Hygiène et clinique de la première enfance . . . . .                    |  | MARFAN                 |  |
| Clinique des maladies des enfants . . . . .                             |  | NOBECOURT              |  |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale . . . . . |  | CLAUDE                 |  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .                |  | JEANSELME              |  |
| Clinique des maladies du système nerveux . . . . .                      |  | P. MARIE               |  |
| Clinique des maladies contagieuses. . . . .                             |  | TEISSIER               |  |
|                                                                         |  | DELBET                 |  |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                          |  | GOSSET                 |  |
|                                                                         |  | LEJARS                 |  |
|                                                                         |  | HARTMANN               |  |
| Clinique ophtalmologique . . . . .                                      |  | DE LAPERSONNE          |  |
| Clinique des maladies des voies urinaires . . . . .                     |  | LEGUEU                 |  |
|                                                                         |  | BAR                    |  |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                      |  | COUVELAIRE             |  |
|                                                                         |  | BRINDEAU               |  |
| Clinique gynécologique . . . . .                                        |  | J. L. FAURE            |  |
| Clinique chirurgicale infantile. . . . .                                |  | Aug. BROCA             |  |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                        |  | VAQUEZ                 |  |
| Clinique d'Oto-rhino laryngologie . . . . .                             |  | SEBILEAU               |  |

## Agrégés en exercice

| MM.          |                   |             |             |
|--------------|-------------------|-------------|-------------|
| ABRAMI       | DUVOIR            | LARDENNOIS  | RATHERY     |
| ALGLAVE      | FIESSINGER        | LEMIERRE    | RETERER     |
| BASSET       | GARNIER           | LEQUEUX     | RIBIERRE    |
| BAUDOUIN     | GOUGEROT          | LEREBOULLET | RICHAUD     |
| BLANCHETIÈRE | GREGOIRE          | LERI        | ROUSSY      |
| BRANCA       | GUILLEMINOT       | Le LORIER   | ROUVIERE    |
| CAMUS        | GUENIOT           | LEVY-SOLAL  | SCHWARTZ A. |
| CHIRAY       | GULLAIN           | MATHIEU     | TANON       |
| CHAMPY       | HEITZ-BOYER       | METZGER     | TERRIEN     |
| CHEVASSU     | JOYEUX            | MOCQUOT     | TIFFENEAU   |
| CLERC        | LABBE (HENRI)     | MULON       | VILLARET    |
| DESMAREST    | LAIGNEL-LAVASTINE | OKINCZYC    |             |
| DEBRE        | LANGLOIS          | PHILIBERT   |             |

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

---

MEIS ET AMICIS

---

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. B. MARFAN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Médecine  
Médecin de l'Hôpital des Enfants Assistés  
Officier de la Légion d'Honneur

*Il nous fait le très grand honneur  
d'accepter la présidence de notre  
thèse.*

*Nous le prions d'agréer l'hommage  
de notre reconnaissance et de  
notre respectueuse gratitude.*

## INTRODUCTION

---

*Nous avons observé cette année dans le service des Enfants Assistés dirigé par notre honoré maître M. le Professeur Marfan une épidémie de pemphigus sur des nourrissons.*

*Notre attention fut vite attirée par la fréquence de cette affection, mais lorsque nous avons voulu entreprendre d'en éclaircir l'histoire les difficultés ont commencé.*

*L'état de la science relativement au pemphigus épidémique des nourrissons n'est pas encore définitivement fixé et si les observations isolées, éparses dans toutes les publications périodiques sont nombreuses les ouvrages traitant de ce sujet sont rares.*

*Certes nous ne comblerons pas la lacune qui existe encore à propos du pemphigus épidémique des nouveau-nés, mais nous estimons que c'est toujours un progrès que d'attirer l'attention sur un sujet incomplètement éclairci.*

*Nous avons en conséquence relevé dans un historique une quantité suffisante de données bibliographi-*

*ques pour mettre le lecteur à même de reprendre la question par lui-même s'il le juge à propos. Passant de là à l'étude clinique nous avons brièvement décrit les symptômes, l'évolution et le pronostic du pemphigus épidémique des nouveau-nés, étudié l'anatomie pathologique et la bactériologie, puis, suivant l'ordre classique, nous avons énuméré les causes possibles, probables, de cette dermatose, et envisagé le diagnostic et le traitement.*

---

## HISTORIQUE

---

Les anciens médecins connaissaient le pemphigus des adultes et l'ont décrit sous des noms différents qui permettent néanmoins de reconnaître facilement une maladie bulleuse, mais il ne paraît pas en être de même de celui des enfants, d'après Bazin cette affection est de connaissance relativement moderne et il faut arriver en 1588 pour en trouver une mention spéciale.

Par ordre de dates nous trouvons dans Ozanam que Schenck le premier raconte qu'en 1588 il parut en Allemagne une épidémie singulière et inconnue. « Toute la tête s'enflait d'une manière prodigieuse et puis il paraissait sur la poitrine et sur les bras des pustules oblongues ou plutôt des vésicules cristallines semblables à celles produites par l'eau bouillante, accompagnées d'un grand prurit. Des ulcères malins leur succédaient qui étaient suivis de la mort si on les abandonnait à eux-mêmes ».

André Lœw dans sa *Constitution épidémique de la Haute-Hongrie* dit qu'au commencement de l'automne 1688 on vit régner à Presbourg un pemphigus appelé par les Allemands Nesselkrankheit.

Albrecht en 1732 observa à Cobourg un pemphigus épidémique sur des jeunes gens et des adultes.

Le docteur Thierry rapporte dans sa médecine expérimentale qu'en 1736 il régna à Prague une épidémie formidable contre laquelle échouèrent tous les secours de l'art, elle débutait par une fièvre continue aiguë et dès le second ou le troisième jour il paraissait sur la surface du corps des ampoules ou vésicules transparentes, jaunâtres, pleines de sérosité de même couleur et de la grosseur d'une noisette. Ces vésicules venant à se rompre laissaient voir une large tache rouge qui était entourée d'une croûte noirâtre. La maladie durait deux semaines.

Vient ensuite l'épidémie observée par Macbridge en 1756 dans le comté de Wicklow en Irlande qui au contraire des précédentes n'attaqua que les enfants et en fit périr une grande quantité.

Reinbold a étudié en 1837 à Wenden une épidémie de pemphigus neonatorum qui atteignit non plus seulement les enfants d'une salle d'hôpital mais tous les nouveau-nés d'une ville, dont la description concorde merveilleusement avec ce que nous avons pu observer.

Tilbury Fox a vu une épidémie de pemphigus de nouveau-nés en 1834-1835.

Trousseau a publié en 1842 la relation d'une affection bulleuse qui devait être du pemphigus. Quelques années plus tard à Necker dans le même service, Trousseau et Lasègue observent à l'état épidémique une affection bulleuse accentuée qu'ils décrivent sous le nom de varicelle pemphigoïde.

En 1850, Robert Barnes, professeur d'accouchements à Londres a publié quatre cas d'une affection bulleuse développée presque simultanément sur des enfants nouveau-nés, et dans laquelle on peut reconnaître un pemphigus épidémique « il s'agit de quatre enfants âgés de quatre à douze jours affectés dans un court espace de temps d'une éruption bulleuse simultanée ou successive siégeant aux aisselles, aux aines, au cou ou même aux membres et au tronc, mais jamais à la face palmaire des mains ou plantaire des pieds ; sans trouble bien marqué de l'économie, sans asthénie, sans cachexie. Un cinquième cas fut observé chez un enfant de quatre ans habitant la même maison qu'un des précédents, ce qui fait que l'auteur songe à la contagion.

Puis vient l'épidémie observée par Ollivier et Ranvier à l'hospice des Enfants Assistés et qu'ils rapportent dans leur remarquable mémoire de 1864 si riche de faits et d'indications bibliographiques.

Puis l'épidémie citée par Hervieux extrêmement intéressante sous tous les rapports. L'auteur écrit : « En juin 1867 accouchait à la maternité une femme primipare, son enfant était à terme et en bon état. Dans les jours qui suivirent sa naissance sa surface cutanée devint le siège d'une éruption bulleuse assez confluyente. L'accouchée étant devenue malade l'enfant dut être allaité par une nourrice, dès qu'il eut été transporté à la crèche plusieurs enfants de nos nourrices jusque là bien portants furent atteints d'une éruption exactement semblable. Les premiers enfants n'étaient pas encore délivrés de leur éruption que d'autres furent affectés de la même

manière. L'épidémie se généralisa si bien dans la maison qu'à un moment donné presque tous les enfants, non seulement de la crèche, mais des infirmeries et des salles de valides payèrent leur tribut à l'affection exanthématique. L'épidémie n'a pas frappé moins de 150 enfants de la maternité de Paris.

Homolle en 1874 décrit avec beaucoup de précision une épidémie semblable qu'il a vue dans la salle d'accouchements de l'hôpital de la Charité » au 1<sup>er</sup> juillet l'épidémie était à son début, elle a acquis au mois d'août une fréquence telle que les enfants non atteints étaient l'exception, au 14 septembre il y avait encore dans la salle trois nouveau-nés qui présentaient des bulles de pemphigus, ce furent les derniers. L'éruption présenta chez les divers malades une intensité et une durée très inégales, à son plus simple degré l'éruption était caractérisée par une seule bulle. Chez le plus grand nombre des enfants l'état général et les diverses fonctions ne subirent aucune atteinte ; un seul enfant succomba. L'éruption s'est montrée sur presque tous les points du corps sauf la plante des pieds et la paume des mains ; le plus fréquemment les bulles occupaient le cou, le tronc, les fesses. Aux doigts et aux orteils les bulles affectaient parfois le caractère de tournioles.

La même année Ahlfeld observa à la maternité de Leipzig une épidémie qu'il intitula « Endémie de morbus bullosus neonatorum ». En voici l'analyse telle que nous l'avons trouvée, sous le nom de morbus bullosus neonatorum l'auteur désigne une éruption de pemphigus non syphilitique dont il a observé 25 cas sur des

nouveau-nés du 12 juillet au 29 septembre. D'habitude les bulles apparaissaient en premier lieu au cou et dans les aines et de là s'étendaient à la face et au ventre. L'éruption disparaissait au bout d'un certain nombre de jours assez variable, de 1 à 15 jours, occasionnant un léger mouvement fébrile aux enfants lorsqu'elle était très confluente ou qu'il coexistait une légère complication telle que la blennorrhée par exemple. Les enfants n'ont pas présenté de symptômes graves pendant leur séjour à la maternité, mais d'après les renseignements parvenus ultérieurement quelques-uns auraient succombé après leur sortie.

L'auteur pense qu'il s'agissait d'une maladie contagieuse et telle est la raison qui lui fait rejeter la dénomination de pemphigus.

Colrat en 1884 a observé à l'hôpital de la Charité une petite épidémie de pemphigus, l'épidémie s'est déclarée dans une salle occupée par 9 enfants âgés de 1 à 2 ans à la suite de l'entrée d'un petit malade porteur de bulles de pemphigus à la région du cou. Quatre des enfants ont été atteints de pemphigus.

Il est probable que Parrot a observé également des épidémies de pemphigus car dans ses leçons sur l'athrepsie non seulement il reconnaît l'existence de cette affection, mais encore c'est à cette variété qu'il rapporte un grand nombre de cas observés dans le cours de l'athrepsie et attribués exclusivement à celle-ci.

Salvage en 1890 cite un cas de pemphigus des nouveau-nés avec contagion de la mère. La mère portait des manches courtes et pendant les 3 ou 4 jours qui

précédèrent son éruption elle avait eu presque constamment son enfant sur les bras.

Knocker en 1897 présente à la Société de dermatologie de Londres deux enfants soignés par la même femme atteints de pemphigus neonatorum, l'état général est bon, il n'y a pas trace de spécificité.

Kaposi la même année présente un enfant atteint de pemphigus contagieux, peu après un autre enfant de 2 ans et demi de la même mère et un enfant de 14 mois contractèrent une affection identique

Pasini en 1903 rapporte une épidémie de pemphigus de nouveau-nés qu'il a observée à différents intervalles pendant les années 1901 et 1902 à l'hospice des Enfants Assistés de Parme et qui a porté sur 25 enfants dont 8 seulement ont vécu.

La même année G. Maguire a observé une épidémie dans une maternité ou sur 20 accouchements faits dans une période de 6 semaines par une même sage femme 18 enfants furent atteints et 8 en sont morts. L'épidémie s'arrêta quand la sage-femme partit. Les autopsies n'ont guère montré que de l'œdème pulmonaire. Les cultures du liquide des bulles n'ont fait trouver que le staphylococcus aureus.

La doctoresse Margaret Mary Smith a vu une petite épidémie de pemphigus de nouveau-nés à Manchester en avril 1909 dans la clientèle d'une sage-femme.

Koch de Wiesbaden a vu aussi le pemphigus épidémique chez 23 enfants de la clientèle d'une sage-femme.

Hedinger a observé à la clinique de Jadassohn un enfant avec du pemphigus; peu de jours après il eut l'occa-

sion de voir un enfant de 17 jours de la clientèle de la sage-femme qui avait soigné le premier enfant, lequel présentait les caractères typiques d'un pemphigus neonatorum. L'hypothèse d'une infection par la sage-femme est probable.

Weill et A. Dufourt de Lyon ont eu l'occasion d'observer en 1912, à la clinique, 5 cas de pemphigus infectieux épidémique.

Enfin Falls en 1916 a observé 8 petites épidémies de pemphigus des nouveau-nés à Chicago.

Nous nous sommes attaché à présenter l'histoire du pemphigus épidémique dans son ensemble, je ne voudrais pas affirmer qu'il n'y ait absolument rien d'autre, mais je crois qu'on trouvera difficilement de plus nombreux matériaux.

Certaines de ces observations ne présentent pas assez de détails ou lorsqu'elles en ont elles ne ressemblent pas assez à ce que nous savons des épidémies plus récentes pour qu'on puisse en faire à coup sûr du pemphigus épidémique. Le pemphigus épidémique des nouveau-nés est encore de connaissance récente et les observations exactes, complètes et probantes ne datent que de peu de temps.

---

## ETUDE CLINIQUE

---

Le pemphigus épidémique des nouveau nés décrit par les uns sous le nom de pemphigus épidémique et peut-être plus exactement par d'autres sous le nom d'impétigo bulleux, cette dernière appellation préjugant cependant de la nature de la maladie, est une dermatose inoculable et auto-inoculable qui est objectivement caractérisée par une éruption bulleuse.

Le pemphigus épidémique attaque tout aussi bien les enfants bien portants que ceux qui sont faibles, ceux qui sont bien allaités que ceux qui sont mal alimentés ; mais l'affection semble se développer avec d'autant plus d'intensité que les sujets sont plus débilités. Les complications infectieuses sont plus fréquentes et par suite la mortalité est beaucoup plus forte chez les débiles et les athrepsiques.

### Symptômes.

Le pemphigus épidémique débute d'ordinaire brusquement, en pleine santé. Les bulles apparaissent en quelque sorte spontanément, sans le moindre prodrome.

Parfois cependant la maladie s'annonce par un peu de malaise, de la fièvre ; les enfants sont agités, demandent le sein fréquemment, leur peau est chaude, le pouls est rapide et c'est après vingt-quatre ou quarante-huit heures seulement que se montre l'éruption caractéristique.

Le pemphigus épidémique tel que nous l'avons observé débute par de petites bulles, régulières, hémisphériques, bien distendues par de la sérosité citrine. Souvent la première manifestation est caractérisée par une bulle unique, les poussées de bulles nombreuses viennent un peu après ; Pasini avait bien observé ce mode de début, c'est la « Bulle prodromique » qu'il signale comme un signe presque pathognomonique.

La voûte de la bulle est formée par la couche cornée de l'épiderme, la cavité est uniloculaire, le derme n'est ni œdématié, ni infiltré, la lésion reste toute superficielle. Au fur et à mesure que les bulles se développent, leur contenu parfaitement transparent au début se trouble par la suite, devenant lactescent parfois même franchement purulent après vingt-quatre ou trente six heures. Certaines bulles sont avortées, l'épiderme se décolle mais ne se soulève pas, le signe de Nikolsky est positif.

Les bulles une fois formées ne persistent pas longtemps, elles peuvent s'étendre par les bords de manière à devenir très volumineuses, mais le plus souvent elles se rompent au bout de quelques heures ; l'enveloppe se flétrit, se fend et s'affaisse comme s'il s'agissait d'une brûlure au second degré, le liquide qu'elles contenaient s'écoule et la couche épidermique soulevée se rétracte

laissant à nu le derme d'un rouge brique ou violacé et formant à l'entour une sorte de collerette. Parfois la surface excoriée s'agrandit par les bords grâce à un décollement graduel de l'épiderme par de la sérosité purulente, mais la surface mise à nu ne tarde pas à rosir et la cicatrisation s'opère lentement par dessication des parties dénudées et production d'un épiderme nouveau, laissant des macules ternes ou livides consécutivement à la cicatrisation complète des bulles. Dans certains cas la cicatrisation ne se fait pas à sec, le derme dépouillé de son épiderme sécrète un liquide qui se transforme en croûtes. Il ne faut guère moins d'un à deux septénaires aux bulles de pemphigus pour parcourir leur évolution.

Le nombre des bulles est éminemment variable suivant les cas, une seule parfois, mais d'ordinaire il y en a un plus grand nombre.

Elles ont pour siège de prédilection la nuque, la région scapulaire, le dos, les plis articulaires des membres, le pli de l'aîne en particulier ; elles peuvent exister aussi aux fesses, à la face alors que les lieux d'élection sont indemnes.

Les bulles respectent toujours la paume des mains et la plante des pieds.

Les dimensions des bulles varient beaucoup suivant les sujets et suivant les régions chez un même sujet, les plus petites ont le volume d'une lentille, les plus grosses celui d'une noix, elles ont en général des dimensions qui varient de celle d'un pois à celle d'une noisette. A la nuque, dans le dos particulièrement, elles sont plus volumineuses qu'aux autres régions du corps.

### Evolution et Pronostic.

L'éruption se fait par poussées successives qui se succèdent assez régulièrement comme celles de la varicelle, la poussée subséquente a lieu avant que la première soit entrée dans la période de dessication. Les poussées peuvent être subintrantes ou bien encore elles sont parfois séparées par des intervalles assez longs pour que la dernière poussée soit presque complètement guérie quand survient la poussée nouvelle ; combien de fois il nous est arrivé de croire qu'un enfant allait guérir, mais une nouvelle poussée venait détruire l'espérance que nous avions conçue. Rien de plus variable que le nombre de ces poussées successives, il peut n'y en avoir qu'une, mais presque toujours il s'en fait un nombre assez considérable. La durée de la maladie est très variable, dans quelques cas réduite à huit ou dix jours, elle atteint le plus souvent un mois à six semaines, elle peut récidiver.

L'évolution souvent apyrétique se poursuit parfois avec un léger cortège fébrile mais d'une façon habituellement des plus bénignes. Les phénomènes subjectifs éprouvés par les petits malades ne semblent pas être très accentués, cependant quand les surfaces atteintes sont à vif elles sont certainement douloureuses et les pansements sont pénibles comme semblent le prouver les cris poussés par les enfants.

Le pronostic est généralement bénin et l'affection se termine par la guérison dans la majorité des cas.

Cependant nous avons noté des complications : troubles

digestifs, diarrhée, vomissements et dénutrition pouvant évoluer vers l'athrepsie ; et parfois même des accidents graves annoncés par une brusque ascension thermique et dus à une sorte d'infection généralisée avec des symptômes d'infection purulente : abcès et surtout bronchopneumonie qui peuvent assombrir le pronostic et amener la mort.

Tieche enfin cite un cas intéressant de diphtérie cutanée greffée sur un pemphigus de nouveau-né.

Mais tous ces phénomènes graves sont à la vérité assez rares.

---

## OBSERVATIONS

---

A l'appui de cette description clinique nous rapportons quelques cas personnels observés dans le service de M. le Professeur Marfan à l'hospice des Enfants Assistés, et d'autres cas qu'il nous a été permis d'observer à la clinique d'accouchement de Baudelocque dans le service de M. le Professeur Couvelaire grâce à l'obligeance de M. Powilewicz, chef de clinique et de mon ami Paul Canouet, externe du service.

Nous n'avons relaté que quelques observations de pemphigus épidémique, mais nous n'avons commencé à faire le relevé qu'à un moment où déjà quelques cas s'étaient présentés. D'autres cas nous ont évidemment échappé, il aurait fallu chaque matin examiner tous les enfants pour n'en laisser passer aucun.

La cause première de cette petite épidémie de même que sa persistance nous est restée inconnue ; peut-être, avons-nous pensé, doit-on la rapporter à des inoculations faites par les mains des infirmières.

**Observations recueillies à l'Hospice des Enfants-  
Assistés dans le service de M. le Professeur  
MARFAN.**

**Obs. I.** — C. Odette née le 22 mars 1921, entre à la crèche le 9 mai, elle est envoyée au pavillon Parrot le 18 mai.

*18 mai.* — C'est une enfant paraissant bien portante, pesant 3700 grammes, On n'a aucun renseignement sur ses antécédents pathologiques. On constate sur le cou une dizaine d'éléments bulleux disposés en forme de collier variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes. la plupart ont laissé échapper leur contenu, sur les autres on peut voir que le liquide qui les remplit est transparent, citrin. Sur le menton des vestiges de bulles dont la base a perdu sa pellicule épidermique, et s'est impétiginisée secondairement. On ne trouve ni bulles, ni aucune autre éruption dans aucune autre région du corps. La petite malade est gaie et mange avec appétit.

Les bulles sont lavées à l'eau iodée et poudrées à l'ektogan.

*22 mai.* — Nouvelle poussée de bulles analogues à celles que nous avons décrites, sur le cou et l'avant-bras gauche.

*24 mai.* — Nouvelle éruption gagnant la région scapulaire droite. Les bulles des jours précédents sèchent bien. L'état général est excellent, il n'y a pas de température, l'enfant augmente de poids régulièrement.

*26 mai.* — Petite poussée au niveau de la région sus claviculaire droite.

*30 mai.* — Une seule bulle nouvelle sur le cou. Les autres bulles sont à peu près sèches. Mais l'enfant présente un peu de diarrhée, les selles sont muco grumeleuses, la malade n'a pas de fièvre, la courbe de poids a légèrement diminué.

*2 juin.* — Le pemphigus est guéri, mais la diarrhée persiste et la courbe de poids s'abaisse, l'enfant a perdu 100 grammes depuis le 26 mai.

10 juin. — Les troubles digestifs ont disparu, l'enfant a perdu 300 grammes. Une nouvelle éruption apparaît sur le cou, les épaules, le tronc.

13 juin. — L'enfant n'a pas eu d'éruption nouvelle mais présente deux petits abcès de la base du cou. Nous les avons incisé aseptiquement, le pus recueilli a étéensemencé sur gélose, la culture a montré qu'il s'agissait de staphylocoque pur. L'enfant mange avec appétit et reprend du poids.

14 juin — L'examen sur frottis du contenu des bulles fait le 24 mai, le 30 mai et le 10 juin nous ayant toujours montré au milieu de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés quelques staphylocoques souvent associés en courtes chaînettes, prenant le Gram; et la culture sur gelon ne nous ayant fourni que du staphylocoque, on tente le traitement par un complexe d'étain, de manganèse et d'or en solution colloïdale.

On pratique dans la région sous scapulaire une injection sous cutanée de 1/3 de centimètre cube de la solution colloïdale.

15 juin. — L'injection n'a provoqué aucune réaction locale ni générale.

16 juin. — Les abcès sont guéris, leur cicatrisation est en bonne voie.

On pratique une nouvelle injection de 1/2 centimètre cube de la solution colloïdale.

17 juin. — On constate l'apparition d'une nouvelle bulle dans la région lombaire, c'est la seule. Les autres bulles sont complètement cicatrisées.

L'enfant a repris 200 grammes depuis le 10 juin, l'état général est bon.

L'enfant est emmenée par les parents et n'a pu être suivie plus longtemps.

**Obs. II.** — T. Henriette, née le 1<sup>er</sup> décembre 1920, entrée le 18 mai 1921 au pavillon Parrot.

18 mai. — L'enfant paraît bien portante, pesant 5.150 grammes, mesurant 61 centimètres.

On n'a aucun renseignement sur ses antécédents pathologiques. On constate une dizaine de grands éléments bulleux à la face antérieure du cou, la plupart ont laissé échapper leur contenu, le liquide qui remplit les éléments encore intacts est transparent, citrin. On ne trouve ni bulles, ni aucune autre éruption dans aucune autre région du corps. L'enfant n'a pas de fièvre et mange bien. Les bulles sont lavées à l'eau iodée et le pansement est fait avec un mélange à parties égales de vaseline et lanoline stérilisées.

22 mai. — L'éruption s'est étendue sur le dos et sur la racine des membres. L'état général reste bon, l'enfant prend du poids.

26 mai. — Petite poussée au niveau du tronc. L'enfant présente un peu de bronchite et la température rectale qui était à 38°8 le matin s'est élevée à 39°2 le soir.

28 mai. — La température est tombée. La petite malade est gaie et mange avec appétit.

1<sup>er</sup> juin. — Les anciennes bulles sont sèches ; il n'y a pas de nouvel élément. L'enfant qui n'a jamais cessé de prendre du poids présente un excellent état général et s'en va.

Nous n'avons pu la suivre plus loin.

L'examen du contenu des bulles fait le 22 mai nous a montré au milieu de polynucléaires rares et altérés, de gros diplocoques intracellulaires prenant le Gram. La culture du liquide sur gélose n'a donné que du staphylocoque, nous n'avons pas retrouvé les formes primitives de diplocoques.

L'examen du sang fait le 26 mai décèle une légère polynucléose, et une mononucléose nette. Sur 100 globules blancs nous avons compté 72 polynucléaires neutrophiles, 14 mononucléaires, et 14 lymphocytes.

**Obs. III.** — M. Joséphine, née à terme le 2 juin 1921, pesant 2500 grammes, nourrie au sein, entre au pavillon Parrot le 14 juin.

*14 juin.* — L'enfant est petite, pesant 2400 grammes, son état général est peu satisfaisant. A l'examen on constate un léger chapelet costal, des bourrelets sus malléolaires, des épiphyses supérieures larges, les bosses pariétales sont saillantes, on ne trouve pas de craniotabes.

A la nuque un gros élément bulleux de la largeur d'une pièce de cinq francs, affaissé, ayant laissé échapper son contenu. Des traces de bulles plus petites à la face postérieure de l'occiput. Aucune autre éruption dans aucune autre région du corps.

Les bulles sont lavées à l'eau iodée et touchées au nitrate d'argent.

*17 juin.* — On ne constate pas de nouvelles bulles ; mais la bulle de la nuque a perdu son revêtement épidermique formant une large ulcération.

L'enfant a pris 50 grammes de poids depuis son entrée.

*20 juin.* — L'ulcération de la nuque est en bonne voie de cicatrisation.

*25 juin.* — Nouvelle poussée au niveau du cou.

*28 juin.* — Pas de nouveaux éléments, les anciens sont secs, l'ulcération de la nuque est complètement cicatrisée.

*2 juillet.* — Nouvelle petite poussée au niveau du cou.

*5 juillet.* — Aucun élément nouveau. Les anciennes bulles sont sèches et apparaissent sous forme de cicatrices livides.

*8 juillet.* — L'enfant est atteinte de broncho-pneumonie, la température est à 38°4.

*10 juillet.* — La courbe de poids baisse rapidement, la température se maintient aux environs de 38°. A l'auscultation on entend des râles muqueux à bulles moyennes et à bulles fines, disséminés.

*18 juillet.* — La perte de poids a été de 600 grammes en 10

jours, la température reste élevée, la petite malade est très dyspnéique, à l'auscultation on entend des râles muqueux à bulles fines, disséminés dans toute la hauteur des deux poumons. L'état général est grave, la cornée est vitreuse.

L'enfant est morte ce jour à 14 heures.

L'examen du contenu des bulles fait le 23 juin et le 2 juillet nous a montré quelques staphylocoques au milieu de polynucléaires plus ou moins altérés.

L'examen du sang fait le 14 juin nous a montré une légère polynucléose. Sur 100 globules blancs nous avons compté 80 polynucléaires neutrophiles, 7 mononucléaires et 13 lymphocytes.

A l'autopsie on a noté des foyers de broncho-pneumonie double disséminés, à la coupe des poumons on voyait sourdre un peu de pus des bronches de moyen et de petit calibre.

**Obs. IV.** — D. Christiane, née le 9 mars 1921, envoyée le 21 juin au pavillon Parrot, venant de l'admission.

*21 juin.* — C'est une enfant paraissant bien portante, représentant un bon état général, pesant 4030 grammes, mesurant 56 centimètres et demi. On n'a aucun renseignement sur ses antécédents pathologiques. On constate à l'examen, des bosses pariétales saillantes, un chapelet costal, des bourrelets sus-malléolaires, de la micropolyadénopathie, des ganglions sus-épitrochléens. La rate est accessible. Il existe à la face et aux bras une légère éruption de miliaire rouge, au niveau des fesses un érythème papulo-vésiculeux.

*22 juin.* — On constate à la face interne du bras droit et sur l'épaule gauche quelques éléments bulleux ne dépassant guère les dimensions d'une lentille. On ne trouve aucune bulle dans aucune autre région du corps.

La petite malade mange avec appétit, elle a eu deux selles jaunes dans les 24 heures, sa température est à 37°2.

Les bulles sont lavées à l'eau iodée et pansées avec la pomade à l'oxyde de zinc.

24 juin. — L'éruption s'est étendue au bras gauche, au dos, aux cuisses ; la face est entièrement respectée. La température est à 38°, l'état général reste bon, mais le poids de l'enfant qui pourtant s'alimente bien reste stationnaire.

25 juin. — Nouvelle poussée de bulles, toutes analogues à celles que nous avons déjà décrites, sur le thorax et les fesses. Les autres bulles ont laissé échapper leur contenu, elles sont affaissées et commencent à sécher. La température se maintient à 37°8.

27 juin. — Une nouvelle bulle seulement au niveau de l'aisselle gauche, sa dimension est environ celle d'une noisette, son contenu est louche.

28 juin. — Pas de nouvelles bulles ; les autres bulles sont affaissées et à peu près sèches.

30 juin. — Deux nouvelles bulles, l'une au niveau de la région pectorale droite, l'autre au niveau du flanc gauche. La température est redescendue à la normale, l'état général est excellent, l'enfant reprend du poids.

2 juillet. — Le Pemphigus est guéri, les bulles sont sèches, aucune nouvelle bulle ; l'enfant a pris 90 grammes depuis le 30 juin.

5 juillet. — L'enfant présente un abcès au niveau de l'avant bras gauche. Nous l'avons incisé aseptiquement, le pus recueilli a étéensemencé sur gélose, la culture a montré qu'il s'agissait de staphylocoque pur.

L'état général reste bon, la courbe de poids croît régulièrement.

8 juillet. — L'abcès est guéri.

10 juillet. — L'enfant se porte bien, son poids est de 4400 grammes.

11 juillet. — Une nouvelle petite bulle au niveau du cou, sa dimension ne dépasse guère celle d'une tête d'épingle.

13 juillet. — La bulle est sèche, aucune nouvelle éruption, l'enfant s'en va en excellent état, son poids est de 4500 grammes.

L'examen du liquide des bulles fait le 22, le 24, le 25 et le 30 juin nous a montré au milieu de polynucléaires peu abondants quelques staphylocoques et des diplocoques.

La culture ne nous a fourni que du staphylocoque, nous n'avons jamais retrouvé la forme de diplocoques.

**Obs. V.** — B. Marcel, né le 11 juin 1921, envoyé le 17 juin au pavillon Parrot, venant de l'admission.

17 juin. — C'est un bel enfant pesant 2930 grammes, mesurant 49 centimètres. La desquamation physiologique est en cours, le cordon ombilical se cicatrise normalement. On constate seulement un gros foie et une grosse rate. Le résultat du Wassermann est négatif.

20 juin. — On constate de la périonyxis au niveau du pouce et de l'index droit. A l'extrémité du pouce gauche on remarque une bulle périunguéale s'étendant sur le dos du doigt et sur la pulpe. La bulle est ouverte aseptiquement au ciseau, lavée à l'eau oxygénée et recouverte d'un pansement sec.

27 juin. — Apparition d'une éruption de pemphigus sur le membre supérieur gauche et sur la face; les éléments bulleux au nombre d'une dizaine varient de la dimension d'une lentille à celle d'un pois, les uns ont laissé échapper leur contenu, les autres sont remplis d'un liquide louche. Aucune autre bulle dans aucune autre région du corps. L'état général reste bon, l'enfant mange bien mais son poids reste stationnaire. Les bulles sont lavées à l'eau iodée et pansées avec le mélange à parties égales, vaseline, lanoline stérilisées.

On administre *per os* 9 gouttes de la solution d'adrénaline au 1/1000 par jour.

28 juin. — On constate sur le membre supérieur gauche les vestiges des bulles dont la base a perdu sa pellicule épidermique et s'est impétiginisée secondairement.

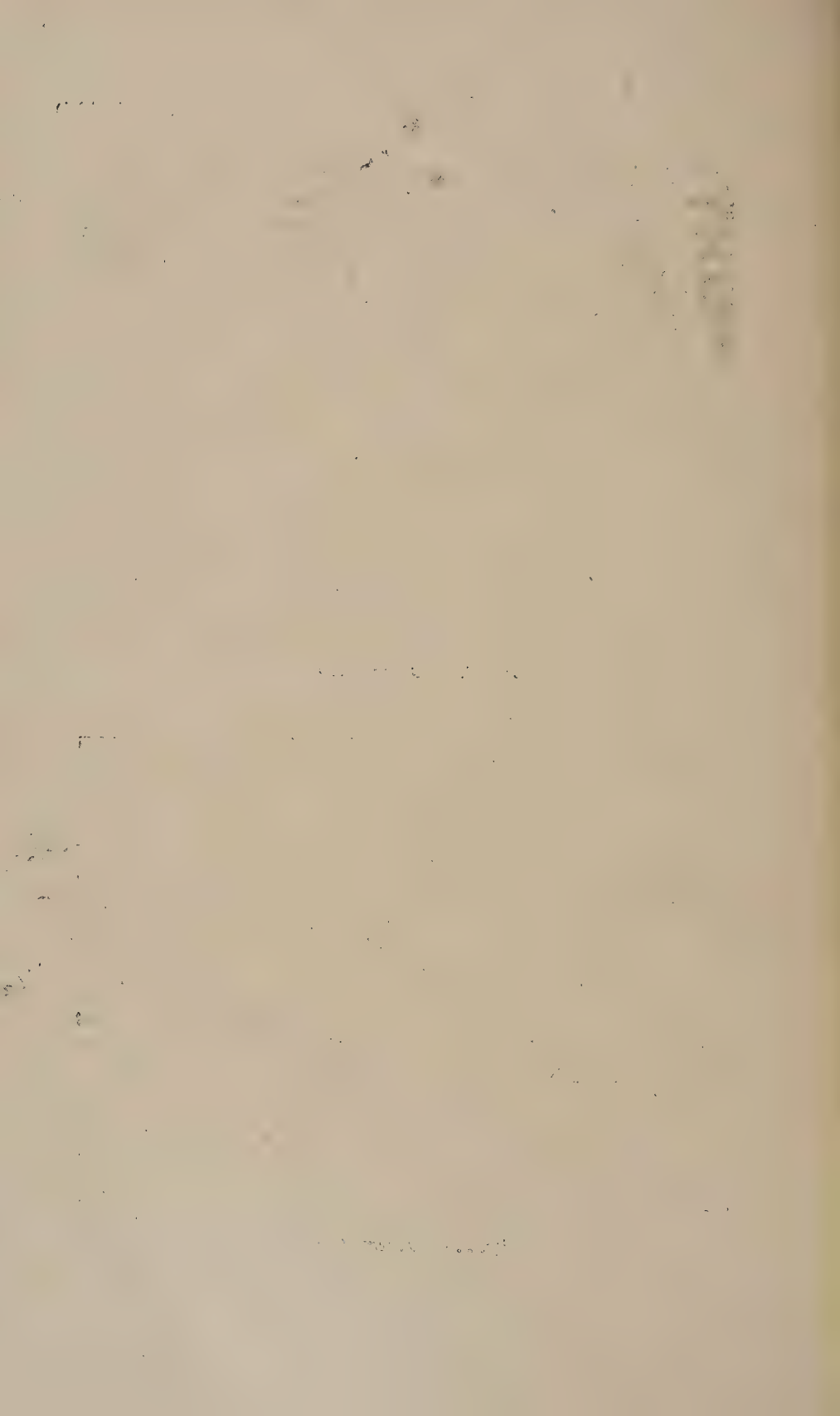
6 juillet. — Une éruption de pemphigus généralisé est surtout apparente sur le tronc, les membres inférieurs, les



*Fig. 1. - Observation V*



*Fig. 2. - Observation V*



doigts, le menton et le cou ; la dimension des éléments bulleux varie de celle d'une lentille, à celle d'une pièce de un franc ; la plupart ont laissé échapper leur contenu, sur les autres éléments on constate que le liquide qui les remplit est transparent ou plus ou moins louche. La température est restée normale. Le petit malade est gai et mange avec appétit. Le traitement est continué.

7 juillet. — Il n'existe pas de bulles nouvelles, les anciens éléments desquamant, les uns ayant une surface presque sèche, les autres étant rouges et infectés.

10 juillet. — Tous les éléments sont secs, les cicatrices sont livides.

Quoique l'état général soit resté satisfaisant, l'enfant n'a pas augmenté de poids depuis le 17 juin, sa taille est passée de 49 centimètres à 50 centimètres et demi.

11 juillet. — Le pemphigus est complètement guéri, mais depuis 24 heures l'enfant a eu quelques selles muco grumeleuses.

17 juillet. — L'enfant est atteint d'une diarrhée séreuse abondante ; il présente un état toxique grave. Après une diète hydrique de quelques heures il est mis au babeurre et à l'eau de chaux.

18 juillet. — La diarrhée continue, l'enfant se déshydrate, l'hypothrepsie est rapide ; l'enfant a perdu 500 grammes depuis le 11 juillet. La température est à 36°3, l'état général est très grave, le pouls n'est pas perceptible, le pli cutané persiste, le teint est terreux, les yeux sont excavés, le nez pincé, les extrémités sont cyanosées. A l'auscultation on trouve des petits râles muqueux aux deux bases.

L'enfant est mort le soir, il a succombé à une diarrhée cholériforme à évolution rapide avec broncho pneumonie terminale.

L'examen du contenu des bulles fait le 20 et le 27 juin nous a montré un grand nombre de staphylocoques au milieu de polynucléaires abondants.

L'ensemencement sur gélose nous a fourni du staphylocoque.

**Obs. VI.** — P. Jeanne, née le 22 janvier 1921, entrée à la nourricerie Billard le 23 février.

25 février. — C'est une enfant débile pesant 1680 grammes, on n'a aucun renseignement sur ses antécédents pathologiques. Elle présente un ictère assez marqué. Le foie, le cœur, le poumon ne présentent rien de particulier à signaler. La rate n'est pas accessible. Il n'existe pas de ganglions sus-épitrochléens. Un écoulement vaginal assez abondant, de couleur lactescente examiné au microscope nous a montré qu'il s'agissait de gonorrhée.

L'enfant est mise au sein.

13 juin. — L'enfant qui va avoir 5 mois ne pèse encore que 2090 grammes. Elle présente dans la région dorsale moyenne une bulle de pemphigus de la dimension d'une pièce de un franc remplie d'une sérosité citrine. On ne constate aucune autre éruption sur aucune autre partie du corps. La température est à 37°. La petite malade mange avec appétit.

14 juin. — La bulle s'est vidée de son contenu, elle est affaissée et sèche.

7 juillet. — Nouvelle éruption de pemphigus, on constate de nouveau à peu près au même niveau dans la région dorsale moyenne une bulle de la dimension d'une pièce de un franc. Aucune autre éruption sur aucune autre partie du corps.

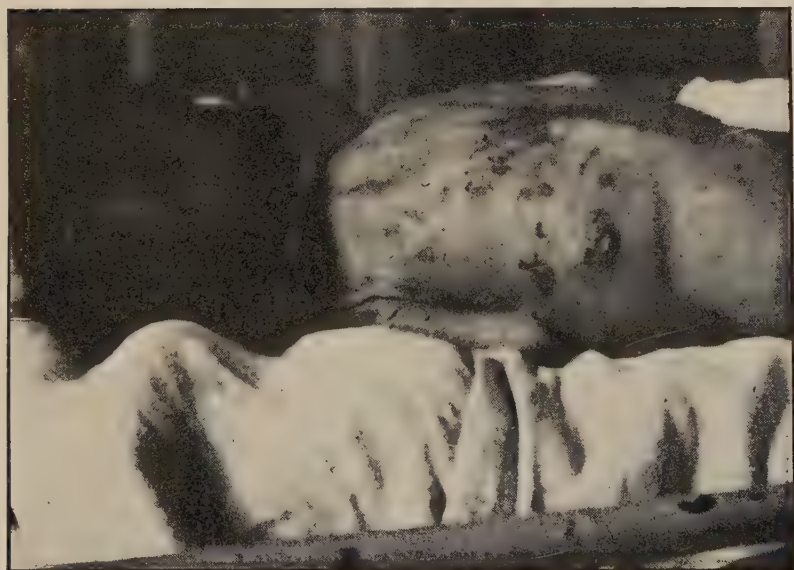
La température est à 37°, l'état général semble bon, l'enfant a pris 400 grammes depuis le 13 juin.

8 juillet. — Deux nouvelles bulles dans la région dorsale, leur dimension est sensiblement égale à celle d'une pièce de cinquante centimes, elles ont laissé échappé leur contenu et sont affaissées.

Les bulles sont lavées à l'eau iodée et pansées avec le mélange à parties égales : vaseline, lanoline stérilisées.



*Fig. 3. — Observation V*



*Fig. 4. — Observation VI*



9 juillet. — Les bulles ont perdu leur revêtement épidermique, elles sont rouges, infectées, suintantes.

10 juillet. — Nouvelle poussée, toujours dans la région dorsale ; une nouvelle bulle seulement de la dimension d'une grosse lentille remplie d'une sérosité louche. Les autres bulles sèchent.

11 juillet. — Pas de nouvelles bulles.

12 juillet. — Nouvelle éruption toujours localisée à la région dorsale, on trouve quatre bulles remplies d'un liquide louche.

17 juillet. — Forte poussée, on constate la présence de nombreuses bulles de la dimension d'un pois disséminées dans toute la région dorsale, remplies d'un liquide séro purulent. Les bulles du 13 juillet sont infectées, rouges et suintantes. Malgré ces poussées successives l'enfant mange bien, elle a pris 110 grammes depuis le 7 juillet, elle pèse 2600 grammes ; mais la température est à 39°6 et la petite malade est agitée.

19 juillet. — Pas de nouvelles bulles, mais les anciennes restent rouges et suintantes, elles ne sèchent pas. La température se maintient élevée à 38°6 ; l'enfant a perdu 20 gr.

20 juillet. — La température est redescendue à 37° ; le poids reste stationnaire, mais l'état général est médiocre. L'enfant semble abattue. Les bulles ne se cicatrisent pas.

22 juillet. — Nouvelle poussée de pemphigus, nombreuses bulles disséminées dans le dos variant de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de cinquante centimes, quelques-unes ont laissé échapper leur contenu, les autres sont remplies d'un liquide louche séro purulent. Les anciennes bulles sont très infectées.

L'enfant tousse, on constate à l'auscultation des râles ronflants et sibilants disséminés et quelques râles muqueux à grosses bulles à la base droite. La température est à 38°.

23 juillet. — L'état reste stationnaire.

24 juillet. — L'enfant tousse beaucoup, elle est un peu dys-

néique, à l'auscultation on entend de nombreux râles de broncho-pneumonie, la température à 38° le matin est à 39°2 le soir.

25 juillet. — Nouvelle poussée de bulles toujours localisées à la région dorsale ; la température est à 39°6, l'enfant est très dyspnéique, l'état général est grave.

L'enfant est morte dans la journée.

L'examen du liquide des bulles fait à plusieurs reprises nous a toujours montré au milieu de nombreux polynucléaires dégénérés, des staphylocoques. Nous avons trouvé deux fois de gros diplocoques, peu nombreux, intracellulaires, prenant le Gram. Nous avons trouvé une fois des tétragènes.

Les cultures sur gélose ne nous ont jamais fourni que du staphylocoque.

**Obs. VII.** — C. Robert, né le 12 juillet 1921, entre à la nourricerie Billard le 23 juillet.

23 juillet. — C'est un enfant paraissant bien portant pesant 3150 grammes. On ne possède aucun renseignement sur ses antécédents. On constate sur le cou quelques éléments bulleux variant de la dimension d'une lentille à celle d'un demi pois, une bulle seulement est encore intacte remplie d'un liquide citrin, transparent, les autres bulles ont laissé échapper leur contenu. On ne trouve aucune autre éruption dans aucune autre région du corps.

L'enfant présente un érythème des fesses marqué, la rate est accessible, le foie, le cœur, le poumon, la gorge, le squelette ne présentent rien de particulier à signaler. La température est à 36°8, l'état général est excellent, la nutrition est bonne, le pannicule adipeux est suffisant.

Les bulles sont lavées à l'eau iodée et pansées avec le mélange à parties égales : vaseline, lanoline stérilisées.

25 juillet. — Deux nouvelles bulles de pemphigus au ni-

veau de la nuque, elles ont laissé échapper leur contenu et sont affaissées. Les autres bulles sèchent.

28 juillet. — Nouvelle petite poussée gagnant la partie supérieure de la région dorsale.

L'état général reste excellent, il n'y a pas de température, l'enfant augmente de poids régulièrement.

30 juillet. — Le pemphigus est guéri.

L'examen du liquide des bulles fait le 28 juillet nous a montré quelques staphylocoques peu nombreux au milieu de rares polynucléaires.

15 août. — Le pemphigus n'a pas récidivé. L'enfant est bien portant. Il présente un petit orgelet de la paupière supérieure gauche.

**Obs. VIII.** — L. Marie née le 25 juillet 1921, entre à la nourricerie Billard le 6 août.

6 août. — L'enfant présente une nutrition satisfaisante, elle pèse 2950 grammes. On n'a aucun renseignement sur ses antécédents. Elle est atteinte de conjonctivite unilatérale, l'examen des sécrétions nous a montré qu'il s'agissait d'une conjonctivite banale non gonococcique. On constate sur le cou une éruption pemphigoïde disséminée, la plupart des éléments ont laissé échapper leur contenu. Au niveau de la lèvre inférieure des vestiges des bulles dont la base a perdu sa pellicule épidermique et s'est impétiginisée secondairement. On ne trouve aucune autre bulle dans aucune autre région du corps. L'enfant présente encore de la périonyxis au niveau du pouce gauche, de l'érythème banal des fesses ; l'ombilic n'est pas cicatrisé. Les ganglions sus épitrochléens sont nets, ils existent à droite et à gauche. La rate, le foie, le cœur, le poumon, le squelette sont normaux.

Le Wassermann a été négatif dans le sang.

Les bulles de pemphigus sont lavées à l'eau iodée et pansées avec le mélange à parties égales : vaseline, lanoline stérilisées.

8 août. — Pas de nouvelles bulles, les anciennes sèchent bien.

10 août. — Nouvelle petite poussée au niveau de la nuque. L'enfant n'a pas de fièvre, elle mange bien, mais sa courbe de poids s'abaisse.

15 août. — Les bulles de pemphigus sont cicatrisées, aucune bulle nouvelle. Mais l'enfant présente de la périonyxis au niveau du médius droit ; les selles fréquentes sont muco grumeleuses, de couleur verdâtre ; l'amaigrissement est progressif.

18 août. — La diarrhée continue, l'hypothrepsie est rapide.

24 août. — L'état de la petite malade est très grave, la diarrhée continue, l'enfant se déshydrate, le pli cutané persiste, les extrémités sont cyanosées, le pouls n'est pas perceptible. Les onyxis et périonyxis sont multiples. Un abcès est en voie d'évolution au niveau de la région pariéto-occipitale. L'ombilic est suintant. On constate de plus un muguet buccal abondant.

26 août. — L'enfant a succombé.

L'examen du contenu des bulles nous a montré d'assez nombreux staphylocoques, et quelques diplocoques au milieu de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés.

**Obs. IX.** — R. Pâquerette. C'est une jumelle née la deuxième le 7 septembre 1921, nourrie au biberon. Elle entre à la nourricerie Billard le 13 septembre.

13 septembre. — Elle pèse 2100 grammes et mesure 46 centimètres. La nutrition paraît satisfaisante, le pannicule adipeux est normal. La desquamation physiologique est en cours. Le cordon est mommifié mais encore adhérent. La fontanelle postérieure est largement béante, les bords des sutures sont mous. Le cœur, le poumon, le foie, la rate, la gorge, les yeux ne présentent rien de particulier à signaler. On trouve un petit ganglion sus épitrochléen à gauche.

*22 septembre.* — On constate l'apparition d'éléments bulleux au niveau de la nuque et de la région occipitale du cuir chevelu. Au niveau de la nuque une bulle qui a laissé échapper son contenu, affaissée, de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Au niveau de la région occipitale trois grosses bulles intactes remplies d'un liquide louche. Aucune autre éruption, en aucune autre partie du corps.

L'état général est excellent, l'enfant prend du poids et pèse 2150 grammes.

*24 septembre.* — Une nouvelle bulle de la dimension d'un pois à deux centimètres au dessous de l'oreille gauche. Une autre bulle sur le pariétal gauche à deux centimètres au dessus de l'oreille.

Les anciennes bulles sont infectées, rouges et suintantes.

*26 septembre.* — Aucune bulle nouvelle. Les anciennes bulles se cicatrisent. L'enfant présente cependant une légère ascension thermique, 38° le matin, que rien n'explique. L'état général est bon, l'enfant est gaie et mange avec appétit, les selles sont jaunes, la courbe de poids augmente régulièrement.

*28 septembre.* — Deux nouvelles bulles sur le cou, la température se maintient à 38°, la courbe de poids est stationnaire.

*30 septembre.* — Nouvelle poussée, quatre bulles sur le cou, une sur la nuque, une sur la fesse, les autres bulles sèchent.

La température est redescendue à 37°5, l'état général reste bon, mais le poids n'augmente pas.

*1<sup>er</sup> octobre.* — La température est revenue à la normale, l'enfant prend du poids.

*2 octobre.* — La courbe de poids s'élève régulièrement, l'enfant mange avec appétit, mais la température est remontée à 38°8.

*3 octobre.* — Nouvelle éruption au niveau de la nuque et du dos, on note surtout quatre grosses bulles variant de la dimension d'une pièce de cinquante centimes à celle d'une

pièce d'un franc, remplies d'un liquide louche. La température se maintient à 38°, mais l'état général reste bon.

5 octobre. — Aucune bulle nouvelle, les anciennes sèchent. La température est redescendue à la normale, la courbe de poids augmente régulièrement.

L'enfant s'en va et n'a pu être suivie après sa sortie.

L'examen du contenu des bulles ne nous a montré que des staphylocoques peu nombreux au milieu de quelques polynucléaires plus ou moins altérés.

**Obs. X.** — R. Marguerite. C'est la jumelle de R. Pâquerette dont nous venons de relater l'observation. Elle est née la première le 7 septembre 1921, elle entre à la nourricerie Billard le 18 septembre.

18 septembre. — C'est une enfant paraissant bien portante, sa nutrition est satisfaisante, mais son pannicule adipeux n'est pas très épais. Son poids de naissance est inconnu, elle pèse aujourd'hui 2000 grammes et mesure 43 centimètres. L'ombilic n'est pas tout à fait cicatrisé. La desquamation physiologique est en cours. L'enfant présente un léger érythème vulvaire sans vulvite. La fontanelle postérieure n'est pas encore fermée, les bords des sutures sont mous. On trouve des petits ganglions axillaires et inguinaux. La rate, le foie, le cœur, le poumon, la gorge ne présentent rien de particulier à signaler.

L'enfant est placée à côté de sa sœur dans le même box.

22 septembre. — L'enfant mange bien, mais sa courbe de poids s'abaisse:

26 septembre. — La température est à 39°4, la dénutrition est rapide, l'enfant ne pèse que 1690 grammes. On constate l'apparition du pemphigus, l'éruption s'est déclarée quatre jours après celle présentée par la sœur. L'éruption est disséminée, on trouve de grosses bulles au niveau du cou, des bulles au niveau des membres inférieurs surtout au niveau des malléoles internes, la plupart ont laissé échapper leur

contenu et sont affaissées, quelques-unes sont encore intactes et remplies d'une sérosité citrine. On remarque aussi de l'érythème fessier papulo post érosif, et de l'érythème vulvaire banal, non gonococcique.

27 septembre. — L'état général est grave, la température reste élevée ; pas d'éruption nouvelle mais les bulles anciennes sont infectées, rouges, suintantes. L'enfant présente quelques râles de broncho-pneumonie disséminés dans les deux poumons.

28 septembre. — L'enfant est très dyspnéique, les signes de broncho-pneumonie sont généralisés aux deux poumons, à l'auscultation on entend des râles muqueux à bulles moyennes et à bulles fines, disséminés. La température est à 39°. L'enfant a succombé le soir.

L'examen du liquide des bulles fait le 26 septembre nous a montré la présence de staphylocoques nombreux au milieu de polynucléaires plus ou moins altérés, on a rencontré aussi quelques rares diplocoques, intra-cellulaires, prenant le Gram.

L'ensemencement nous a fourni une culture de staphylocoque, nous n'avons pas retrouvé les formes de diplocoques que nous avons rencontrées dans les bulles à l'examen direct.

### **Observations recueillies à la Clinique d'Accouchement de Baudelocque dans le service de M. le Professeur COUVELAIRE**

**Obs. XI.** — C'est une des observations les plus intéressantes par sa richesse en faits. Il s'agit de deux jumelles atteintes simultanément d'une éruption bulleuse qui ont contagionné la mère chez laquelle l'éruption est apparue 4 jours après celle de l'enfant.

Remarquons que dans notre observation précédente une jumelle placée près de sa sœur atteinte de pemphigus a également présenté l'éruption caractéristique après 4 jours. Y

a-t-il lieu de songer qu'il s'agit là de la période d'incubation du pemphigus, ou ne faut-il voir qu'une simple coïncidence ?

Enfants K1. — La première jumelle née le 29 janvier 1922 pesait à la naissance 2.850 grammes.

1<sup>er</sup> février. — L'enfant paraît bien portante, s'alimente bien, mais on constate l'apparition d'éléments bulleux sur la face, le cuir chevelu, le thorax. Ces éléments sont constitués pour la plupart par des bulles larges entourées d'un cercle légèrement rouge et remplies d'un liquide louche, d'autres éléments ont déjà un contenu purulent.

L'examen du liquide des bulles les plus récemment apparues a montré au milieu de polynucléaires plus ou moins nombreux des groupes de staphylocoques.

Les bulles sont isolées sous un pansement à l'huile goménolée au dixième et la médication avec le vaccin antistaphylococcique de Pasteur est tentée.

On commence par une injection sous-cutanée de 1/4 de centimètre cube de vaccin dans la région sous-scapulaire et chaque jour le traitement est continué en augmentant la dose de 1/4 de centimètre cube jusqu'à arrivée à la dose journalière de 1 centimètre cube. Le vaccin n'a produit aucune réaction locale, ni aucune réaction générale.

La deuxième jumelle qui pesait à la naissance 3.450 gr. présente la même symptomatologie mais l'éruption est moins accusée.

L'examen du liquide des bulles fait avec tous les soins d'asepsie nous montre encore la présence du staphylocoque.

On applique le même traitement qu'à la sœur.

3 février. — Les anciennes bulles ont laissé échapper leur contenu et commencent à sécher, mais une nouvelle poussée a donné naissance à d'autres bulles dans les mêmes régions.

5 février. — Nouvelle éruption, mais les bulles ont déjà laissé échapper leur contenu et sont affaissées.

La mère qui allaite ses enfants présente un élément bul-

leux sur la fesse gauche et de nombreux points de folliculite.

L'examen du liquide de la bulle n'a pu être fait ; elle a laissé échapper son contenu pendant que nous nous préparions à la ponctionner.

7 février. — Les enfants présentent toujours de nouvelles poussées ; mais les bulles nouvelles sont moins nombreuses.

Leur état général est excellent, ils s'alimentent bien, ils ont repris leur poids de naissance.

Quant à la mère elle présente un furoncle de la fesse en évolution.

12 février. — Les enfants sortent très améliorés, mais non guéris. Les anciennes bulles sont sèches.

Les nouvelles poussées ne donnent naissance qu'à quelques rares bulles. Les courbes de poids s'élèvent régulièrement, la nutrition est satisfaisante.

La première jumelle pèse 3.050 grammes, la deuxième pèse 2.500 grammes.

**Obs. XII.** — Da... C'est un enfant du sexe masculin, né le 21 janvier 1922, son poids de naissance était de 2.650 gr.

12 février. — L'enfant paraît bien portant, il s'alimente bien, sa nutrition est satisfaisante, mais on constate l'apparition d'élément bulleux sur le cuir chevelu et sur la peau.

L'examen du liquide des bulles nous a montré quelques staphylocoques au milieu de rares polynucléaires.

Les bulles sont isolées sous une couche de vaseline goménolée et le traitement par le vaccin antistaphylococcique de Pasteur est institué et poursuivi chaque jour aux mêmes doses que dans les cas précédents.

14 février. — Les anciennes bulles ont laissé échapper leur contenu et sèchent. De nouvelles bulles sont apparues dans les mêmes régions. L'état général reste excellent, la courbe de poids s'élève régulièrement.

17 février. — L'enfant sort. Il est très amélioré, mais non

guéri, de nouvelles bulles quoique moins nombreuses continuent à apparaître.

L'état général est bon.

**Obs. XIII.** — Enfants Le... La première jumelle née le 1<sup>er</sup> février 1922 pesait 2.400 grammes.

8 février. — L'enfant paraît bien portante, elle s'alimente bien, sa nutrition est satisfaisante. On constate la présence d'élément bulleux sur le cuir chevelu, sur le cou, la dimension des éléments ne dépasse guère celle d'une lentille, leur contenu est séro-purulent.

L'examen du liquide des bulles nous ayant encore montré la présence de staphylocoques nous instituons le traitement par le vaccin antistaphylococcique de Pasteur, aux mêmes doses journalières que chez les enfants précédents.

9 février. — La deuxième jumelle qui pesait 1.800 gr. à la naissance présente une éruption semblable en tous points à celle présentée la veille par sa sœur. Le même traitement est appliqué.

18 février. — Du 8 au 18 février le traitement a été rigoureusement suivi sans que les injections produisent jamais aucune réaction ni locale, ni générale.

L'état général est excellent, les courbes de poids s'élèvent régulièrement.

Les poussées se sont faites de moins en moins fréquentes, les bulles étaient de moins en moins nombreuses.

Les enfants sont sortis le 18 très améliorés, mais non guéris.

**Obs. XIV.** — H... C'est un enfant du sexe masculin, né le 2 février 1922, pesant 3.250 grammes.

7 février. — L'enfant se porte bien, il s'alimente bien, sa nutrition est parfaite. On constate l'apparition de bulles remplies d'un liquide louche au niveau du cuir chevelu.

L'examen du liquide des bulles nous a montré des staphy-

locoques peu nombreux au milieu de nombreux polynucléaires plus ou moins altérés.

Les bulles sont isolées sous une couche d'huile goménolée au dixième.

8 février. — Des bulles nouvelles sont apparues, les anciennes bulles ont laissé échapper leur contenu et sont affaissées. On institue le traitement avec le vaccin antistaphylococcique de Pasteur, traitement que l'on poursuit régulièrement jusqu'au 13 février. Les poussées de bulles se succèdent chaque jour sensiblement égales, mais l'état général reste excellent.

12 février. — Après avoir pris toutes les précautions d'asepsie, après avoir décapé la région à l'alcool et touché à la teinture d'iode on ponctionne avec une pipette stérile une bulle nouvellement apparue et on ensemence sur gélose. On prépare avec la culture qui est une culture pure de staphylocoque un auto-vaccin.

13 février. — L'enfant présente un furoncle du menton en évolution.

15 février. — Les éléments bulleux du cuir chevelu et de la face continuent à se reproduire, il n'y a pas d'amélioration sensible.

On commence le traitement par l'auto-vaccin dont on injecte 1/2 centimètre cube sous la peau de la région sous-scapulaire. L'injection n'a produit aucune réaction ni locale, ni générale.

17 février. — Nouvelle injection de un centimètre cube.

19 février. — Nouvelle injection de un centimètre cube et demi.

Le furoncle a guéri spontanément sans incision. Un abcès est en voie d'évolution à l'avant-bras gauche. Les poussées de bulles sont moins fréquentes.

21 février. — Nouvelle injection de un centimètre cube et demi ; on incise l'abcès de l'avant-bras, l'examen du pus re-

cueilli aseptiquement nous a montré qu'il s'agissait d'une infection staphylococcique.

23 février. — L'abcès de l'avant-bras est guéri. Les éléments bulleux sont en voie de disparition, on ne constate aucun élément nouveau.

Nouvelle injection de un centimètre cube et demi.

24 février. — Une petite bulle remplie d'un liquide louche sur le pariétal droit. Une vésicule cristalline qui semble avortée sur l'occiput.

25 février. — Tous les éléments sont disparus, aucun élément nouveau.

L'état général est excellent, la courbe de poids n'a pas cessé de s'élever, la nutrition est parfaite, nous avons un bel enfant pesant 3.600 grammes.

26 février. — L'enfant sort complètement guéri.

Chez tous les petits malades que nous avons eus à la Clinique Baudelocque, l'éruption primitive s'est toujours montrée au niveau de la tête. Nous avons pensé que probablement la contagion s'était faite sur la table de la couvrière où sont déposés tous les enfants.

L'isolement immédiat des enfants contaminés et de leurs mères dans des chambres spéciales, et les soins donnés par des infirmières spéciales qui n'approchèrent que les petits malades ont réussi à arrêter l'épidémie.

Pour permettre au lecteur de se faire une idée rapide et précise de ce que nous avons observé, nous avons relaté dans un tableau d'ensemble un résumé succinct de nos observations, de nos examens et des résultats qu'ils nous ont fournis.

# TABLEAU D'ENSEMBLE

| NOMS            | AGES          | EXAMENS DES BULLES ET RÉSULTATS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ÉVOLUTION                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|-----------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C... ODETTE     | 2 mois        | <p>Nous avons fait 3 examens du liquide des bulles le 24 et le 30 mai, le 10 juin. Les bulles examinées étaient toutes des bulles récentes ne datant que de quelques heures, à contenu citrin ou très légèrement louche.</p> <p>Nous avons trouvé quelques staphylocoques et de gros diplocoques prenant le Gram, au milieu de nombreux polynucéaires.</p> | <p>La première éruption a été constatée le 18 mai. L'enfant a présenté 6 poussées de bulles en un mois, les dernières devenant plus espacées et moins abondantes. L'enfant a quitté l'hôpital le 17 juin présentant encore une bulle, l'état général est bon. L'enfant pèse 3.600 grammes.</p> |
| T... HENRIETTE  | 3 mois et 1/2 | <p>Nous n'avons fait qu'un examen le 22 mai. Nous n'avons trouvé que de gros diplocoques intracellulaires, prenant le Gram. L'ensemencement ne nous a fourni que du staphylocoque banal.</p>                                                                                                                                                               | <p>La première éruption a été constatée le 18 mai. L'enfant a présenté 3 poussées successives en 10 jours. L'enfant s'en va le 1<sup>er</sup> juin sans présenter de bulles nouvelles depuis 4 jours. L'état général est bon. L'enfant pèse 3.600 grammes.</p>                                 |
| M... JOSÉPHINE  | 12 jours      | <p>Nous avons fait deux examens, le 23 juin et le 2 juillet. Nous n'avons trouvé que quelques staphylocoques au milieu de polynucéaires plus ou moins altérés.</p>                                                                                                                                                                                         | <p>Le 14 juin on constate déjà des vestiges de bulles. L'enfant a présenté 3 poussées en 3 semaines. L'enfant est atteint de broncho-pneumonie le 8 juillet, elle a succombé le 18 juillet sans avoir présenté de nouvelle poussée depuis le 8 juillet.</p>                                    |
| D... CHRISTIANE | 3 mois et 1/2 | <p>Nous avons fait 4 examens les 22, 24, 25 et 30 juin. Nous avons trouvé des diplocoques et quelques staphylocoques. L'ensemencement ne nous a fourni que du staphylocoque.</p>                                                                                                                                                                           | <p>La première éruption a été constatée le 22 juin. L'enfant a présenté 6 poussées en 3 semaines. L'enfant s'en va le 13 juillet sans présenter de nouvelles bulles. Son état général est satisfaisant. L'enfant pèse 4.500 grammes.</p>                                                       |
| B... MARCEL     | 9 jours       | <p>Nous avons fait 2 examens les 20 et 27 juin. Nous n'avons trouvé que des staphylocoques au milieu de nombreux polynucéaires plus ou moins altérés.</p>                                                                                                                                                                                                  | <p>La première éruption a été constatée le 23 juin. L'enfant a présenté 3 poussées en 16 jours. Le 11 juillet le pemphigus est guéri, mais l'enfant a un peu de diarrhée. Le 18 juillet l'enfant a succombé à une diarrhée cholériforme avec broncho-pneumonie terminale.</p>                  |
| P... JEANNE     | 3 mois        | <p>Nous avons fait 4 examens les 13 juin, 7, 17 et 22 juillet. Nous avons toujours trouvé du staphylocoque, des diplocoques deux fois, du tétragène une fois. L'ensemencement ne nous a jamais fourni que du staphylocoque.</p>                                                                                                                            | <p>La première éruption a été constatée le 13 juin, il n'existait qu'une seule bulle. La seconde éruption n'a eu lieu que le 7 juillet. L'enfant a présenté 8 poussées en 6 semaines. Elle a succombé le 25 juillet à une broncho-pneumonie.</p>                                               |

|                 |          |                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| C... ROBERT     | 11 jours | Nous n'avons fait qu'un examen le 23 juillet. Nous n'avons trouvé que quelques-staphylocoques.                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| L... MARIE      | 12 jours | Nous avons fait 2 examens les 6 et 10 août. Nous avons trouvé des staphylocoques et des diplocoques. L'ensemencement ne nous a fourni que du staphylocoque.  | La première éruption a été constatée le 6 août. L'enfant a fait 2 poussées en 4 jours. Le 13 août le pemphigus est guéri mais l'enfant est atteint de diarrhée séreuse, l'hypothrepsie est rapide, l'enfant a succombé le 26 août.                                                                                                                                                                                                                              |
| R... PAQUERETTE | 15 jours | Nous avons fait 2 examens, les 22 et 28 septembre. Nous n'avons trouvé que du staphylocoque.                                                                 | La première éruption a été constatée le 22 septembre. L'enfant a fait 5 poussées en 12 jours. Le 5 octobre l'enfant s'en va sans présenter de bulles nouvelles.                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| R... MARGUERITE | 19 jours | Nous n'avons fait qu'un examen, nous avons trouvé quelques staphylocoques et de nombreux diplocoques. L'ensemencement ne nous a fourni que du staphylocoque. | La première éruption a été constatée le 26 septembre, 4 jours après que l'enfant a été mise en contact avec sa sœur. Elle n'a présenté qu'une poussée de bulles. Le 27 septembre elle était atteinte de broncho-pneumonie et succombait le 28 septembre.                                                                                                                                                                                                        |
| Enfants KL...   | 3 jours  | Nous avons fait un examen sur chacun des enfants. Nous n'avons trouvé que du staphylocoque.                                                                  | Les enfants dont la première éruption remonte au 1 <sup>er</sup> février ont fait 5 poussées en 11 jours. Traités au vaccin antistaphylococcique de Pasteur, ils sont sortis le 12 février, améliorés, mais non guéris. Les poussées étaient moins fréquentes et moins abondantes. Leur état général est resté excellent, la première jumelle pèse 3.050 grammes, la deuxième 2.500 gr. La mère a été contagionnée et a présenté une bulle unique le 5 février. |
| Da...           | 12 jours | Nous n'avons fait qu'un examen. Nous n'avons trouvé que du staphylocoque.                                                                                    | L'enfant dont la première éruption a été constatée le 12 février a fait 3 poussées en 5 jours. Traité au vaccin antistaphylococcique de Pasteur, il sort amélioré mais non guéri le 17 février. Son état général est excellent.                                                                                                                                                                                                                                 |
| Enfants LE...   | 7 jours  | Nous avons fait un examen sur chacun des enfants. Nous n'avons trouvé que des staphylocoques.                                                                | Les enfants dont la première poussée a été constatée le 8 et le 9 février ont fait 5 nouvelles poussées en 10 jours. Ils sont sortis le 12 février améliorés mais non guéris. Leur état général est satisfaisant, ils n'ont pas cessé de prendre du poids.                                                                                                                                                                                                      |
| H...            | 5 jours  | Nous n'avons fait qu'un examen. Nous n'avons trouvé que du staphylocoque.                                                                                    | L'enfant a fait sa première poussée le 7 février. Les poussées sont presque journalières ; le 12 février on prépare un auto-vaccin avec le liquide d'une bulle et on commence le traitement par l'auto-vaccin le 15 février. 10 jours après l'enfant ne présente plus aucune bulle, il sort le 26 février. Son état général est excellent. C'est un bel enfant pesant 3.600 grammes.                                                                            |

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET BACTÉRIOLOGIE

---

D'après Homolle qui le premier observa des coupes microscopiques de la peau au niveau des bulles et quelques autres auteurs les lésions anatomo-pathologiques consistent en un soulèvement bulleux de la couche cornée par un liquide composé de plasma sanguin et de leucocytes en proportion variable. La cavité résulte d'un clivage de l'épiderme au niveau de la couche granuleuse, la bulle est sous-cornéenne. Le corps muqueux non déformé et le corps papillaire légèrement œdémateux présentent un très faible degré d'infiltration par des globules blancs.

Le liquide que contiennent les bulles a été examiné au point de vue bactériologique. Nous avons pris soin de recueillir le liquide dans des bulles d'apparition récente, encore intactes, à contenu citrin ; après avoir décapé la peau avec de l'alcool au niveau des bulles, nous touchions à la teinture d'iode et nous ponctionnions avec l'extrémité effilée d'une pipette stérile.

L'examen des frottis faits avec ce liquide nous a tou-

jours montré au milieu de polynucléaires plus ou moins altérés la présence de staphylocoques peu abondants, en partie intraléucocytaires, se présentant souvent sous forme de gros diplocoques prenant le Gram, assemblés parfois sous forme de courtes chaînettes.

L'ensemencement sur gélose nous a toujours montré qu'il s'agissait de staphylocoque qui ni au point de vue de sa coloration, ni au point de vue biologique ne se distinguait du staphylocoque banal. Nous n'avons jamais retrouvé dans les cultures la forme primitive de diplococques.

Bien que tenté de poursuivre mes recherches plus loin et désirant contrôler l'auto-inoculabilité et l'inoculabilité d'un sujet à l'autre il ne m'a pas semblé que j'étais moralement autorisé à le faire, ces méthodes d'Outre-Rhin étant peu pratiquées en France.

L'examen du sang a montré une légère augmentation du nombre des leucocytes avec prédominance dans une première période de la maladie des polynucléaires dont le taux s'éleva jusqu'à 80 o/o, et dans une deuxième période des mononucléaires dont le taux s'éleva jusqu'à 14 o/o.

---

## ETIOLOGIE

---

Le Pemphigus des nouveau-nés a fait ces dernières années l'objet d'études assez nombreuses et de recherches bactériologiques multiples. On s'est longtemps demandé s'il n'était pas lui aussi tributaire de la spécificité, mais il faut bien se garder de le confondre avec les syphilides bulleuses dont il n'a pas la signification défavorable.

Le Pemphigus épidémique sévit surtout chez les nouveau-nés de 3 à 8 jours, plus fréquent à l'hôpital qu'en ville ; les épidémies s'observent surtout dans les maternités, les services hospitaliers infantiles et la clientèle des sages-femmes.

La malpropreté, la misère, une mauvaise hygiène alimentaire ont été invoquées, rien ne prouve leur action. Les enfants vigoureux et sains sont aussi exposés que les enfants malades et cachectiques et si l'on relève dans la plupart des cas l'allaitement artificiel et quelques troubles digestifs ces influences sont de second ordre, elles n'engendrent pas la maladie.

L'influence des saisons paraît nulle, nous avons trouvé nulle également l'influence des sexes.

Les différents observateurs ont recherché dans le liquide des bulles l'agent présumé de la maladie, ils ont décrit des bactéries diverses et surtout des microbes pyogènes.

Vidal, le premier, en 1874, a démontré que les lésions cutanées du pemphigus épidémique des nouveau-nés sont contagieuses, auto-inoculables et inoculables à d'autres enfants et à l'adulte. Les inoculations faites avec le liquide des bulles ont donné des résultats qui semblent absolument démonstratifs en ce sens que la lésion survenue a été une bulle, toujours une bulle, c'est-à-dire une lésion identiquement semblable à celle dont on avait tiré la matière de l'inoculation. L'auteur écrit : « C'est entre 24 et 48 heures, le plus souvent 36 heures après l'inoculation qu'on voit apparaître une petite bulle remplie de liquide clair plus ou moins citrin, bulle qui atteint un maximum de développement le deuxième ou le troisième jour. L'évolution ultérieure est très simple, le liquide évacué, l'épiderme s'affaisse, se sèche et finalement se desquame en même temps que la rougeur du derme sous jacent s'affaiblit de plus en plus. Après douze jours la surface est encore reconnaissable à un épiderme plus mince et légèrement pytiriasique coloré normalement. Le liquide de cette bulle introduit sous d'autres points de l'épiderme a encore provoqué l'apparition d'autres bulles de deuxième et même de troisième génération. Mais nous n'avons jamais eu ni pustules, ni ecthyma, ni ulcérations, mais toujours et fatalement une éruption bulleuse. On ne saurait trop insister sur un tel fait.

Colrat, en 1884, ayant eu l'occasion d'observer une petite épidémie de pemphigus chez les enfants, a recherché les microorganismes contenus dans les bulles de pemphigus et étudié l'inoculabilité de cette affection. L'auteur a constaté que le pemphigus épidémique des nourrissons est auto-inoculable et que l'inoculation donne toujours une bulle qui se reproduit à la deuxième et troisième génération, mais en diminuant de volume à chaque génération. Il a constaté dans le liquide des bulles la présence de microcoques, assez analogues, dit-il, à ceux du rouget de porc. Ces microcoques ont pu être cultivés dans le bouillon de bœuf salé. L'inoculation des cultures n'a pas fourni de résultats concluants.

En Allemagne, en 1896, Dorn attribua une épidémie de pemphigus neonatorum à des lésions de l'épiderme dues aux interventions mécaniques brutales d'une sage femme.

Bohn, au contraire, regardait des irritations thermiques comme cause des bulles.

Mais Strelitz et plus tard Almquist ont observé des cas qui prouvent que le pemphigus neonatorum est le résultat d'une infection bactérienne ; ils ont pu cultiver le staphylocoque doré provenant des bulles de pemphigus et obtenir des inoculations positives.

Trautenroth dans sa thèse inaugurale a rapporté des cas dans lesquels les bulles de pemphigus se développèrent au voisinage du cordon ombilical en suppuration. Le liquide des bulles ainsi que le pus du cordon donnèrent des cultures pures de staphylocoque doré.

Deux années plus tard, en Amérique, Emmet Holt cite

un cas de pemphigus chez un enfant de 9 jours, le pus des bulles contient du staphylocoque doré. Les jours suivants la température s'élève, l'enfant est prostré, l'éruption s'étend, la mort survient par infection staphylococcique générale.

Puis pour la première fois certains auteurs et parmi eux des dermatologistes très autorisés signalent l'identité de nature entre le pemphigus épidémique des nouveau-nés et l'impétigo contagieux.

Matzenauer est convaincu que le pemphigus neonatorum et l'impétigo contagiosa sont identiques, il a souvent observé des transmissions à l'adulte sous forme d'impetigo contagiosa, et vice versa l'apparition de ce pemphigus par l'infection de mères ou d'accoucheuses atteintes d'impetigo.

Nobl a observé chez un agent de police et sa fillette âgée de huit ans un impétigo de la face tandis qu'un nourrisson âgé de huit mois de la même famille était atteint d'un pemphigus étendu.

Grossz a observé en même temps dans une maternité plusieurs cas de pemphigus neonatorum, chez tous ces malades l'infection provenait d'une mère atteinte d'impetigo.

Førster en 1909 conclut à nouveau que le pemphigus des nouveau-nés n'est qu'une modalité de l'impétigo contagiosa.

G. Munro, de Yokohama, pense aussi que le pemphigus contagiosus des pays chauds décrit par Manson et qui s'observe fréquemment sur les côtes méridionales de la Chine, du Japon et probablement de toute l'Asie, est

identique au pemphigus épidémique des nouveau-nés et qu'il offre beaucoup d'analogie avec l'impétigo contagieux.

Pour Hutinel, pour Sabouraud, pour Brocq, le pemphigus épidémique des nouveau-nés est une dermatose comparable à l'impetigo contagiosa de Tilbury Fox auquel il doit être assimilé. Ces auteurs concluent cependant que le rôle pathogène du streptocoque n'est que soupçonné, nullement démontré. Brocq voudrait voir rayer cette dermatose du groupe des pemphigus dont elle diffère totalement, leur seul point commun étant la bulle.

Crocker est du même avis, le pemphigus des nouveau-nés n'est qu'une forme bulleuse de l'impetigo contagiosa et depuis que l'asepsie s'est généralisée dans les maternités on ne voit presque plus de pemphigus au moins dans sa forme épidémique.

Darier pense aussi que le Pemphigus épidémique des nouveau-nés est un type un peu spécial d'impetigo, une forme bulleuse de l'impetigo dont cependant l'agent virulent n'est pas déterminé.

Plus récemment Weil et Dufourt firent des examens répétés du liquide des bulles par frottis et coloration au Gram. Ils trouvèrent des staphylocoques abondants, soit libres, soit phagocytés à l'intérieur des polynucléaires. Ces staphylocoques se trouvent de préférence à l'état de diplocoques. Les cultures ont toujours montré qu'il s'agissait de la même variété lorsqu'on avait soin de faire l'ensemencement avec toute l'asepsie désirable et en n'utilisant que le contenu des bulles récentes à liquide absolument clair. Dans les bulles supprimées on peut

rencontrer d'autres germes. Il semble donc qu'il existe une relation étroite entre le staphylocoque et le pemphigus épidémique.

Hedinger ne trouva dans le contenu des bulles que de nombreux staphylocoques dorés et des staphylocoques blancs.

Demme a mis en évidence des diplocoques que Felsenthal et Wipham ont aussi rencontré et qu'il accepte comme spécifiques.

Falls qui a observé de nombreux cas de pemphigus de nouveau-nés a trouvé dans tous les cas une variété particulière de staphylocoque qui ni au point de vue de sa coloration, ni au point de vue biologique ne se distinguait du staphylocoque banal mais qui cependant présentait une tendance constante à reproduire des lésions bulleuses. Morphologiquement dans les cultures il différait du staphylocoque en ce qu'il se présentait sous forme de diplocoques légèrement incurvés et ayant tendance à former de courtes chaînettes. Il a été pathogène pour certains animaux, le lapin surtout chez qui il provoque la mort en moins de huit jours sans donner de lésions bulleuses. Une lésion typique de Pemphigus fut obtenue sur le bras de l'auteur après inoculation de la culture.

Quant à nous, nous avons toujours recherché dans le liquide des bulles l'agent présumé de la maladie ; les examens par frottis et coloration au bleu et au Gram nous montrèrent toujours des staphylocoques peu abondants, soit libres, soit phagocytés à l'intérieur des polynucléaires. Ces staphylocoques se présentaient souvent sous forme de gros diplocoques, assemblés parfois sous

forme de courtes chaînettes. Les cultures nous ont toujours montré qu'il s'agissait de staphylocoque banal ; nous n'avons jamais retrouvé dans les cultures la forme primitive de diplocoques.

La nature infectieuse du pemphigus aigu est chose certaine et il existe une relation étroite entre le staphylocoque et le pemphigus épidémique des nourrissons.

---

## **PATHOGÉNIE**

---

Quant au mode d'action de ces microorganismes on est d'accord qu'ils proviennent de l'air, des bains, des éponges et pénètrent dans les éraillures de la peau.

Peter a cependant observé un cas qu'il est utile de rapporter : « une femme nouvellement accouchée présentait les signes d'une infection septique grave, elle continua à allaiter. Quelques jours après il survint chez l'enfant sans trouble apparent de l'état général une éruption bulleuse. L'examen bactériologique du liquide des bulles montra des cultures pures de staphylocoque pyogène doré et un diplocoque. Le lait ensemencé sur de la glycérine agar donna des colonies jaunes d'or de staphylococcus aureus et l'auteur conclut que la cause de l'infection a été ici le lait. Or rien ne prouve que l'infection septique grave de la mère était due à une staphylococémie, l'hémoculture n'a pas été faite. D'autre part nous savons qu'une glande mammaire saine est imperméable aux microbes. Le staphylocoque existe au niveau des orifices des conduits galactophores, il souille les premières gouttes de lait au moment de la traite, il est bien

difficile de prélever du lait d'une façon absolument aseptique et il n'y a pas à s'étonner que l'ensemencement ait montré quelques colonies de staphylocoques. On ne conçoit d'ailleurs pas bien qu'un enfant qui se serait infecté par voie digestive ait présenté des accidents cutanés sans faire le moindre trouble digestif. La conclusion de l'auteur ne s'impose nullement et rien n'est moins certain, pensons-nous, que ce mode d'action.

Bien que l'éruption bulleuse puisse affecter les diverses régions de la peau il en est où on la rencontre plus habituellement, c'est le cou, la nuque, les plis articulaires des membres, le pli de l'aîne en particulier, toutes places où le tégument est particulièrement mince et délicat. En considérant la fréquence relative du pemphigus autour du cou il nous a semblé que les frottements exercés soit par le collet des vêtements de l'enfant, soit par le collier que portent autour du cou les enfants assistés, soit par le cordon qui fixe le bonnet en s'attachant au-dessous du menton n'étaient pas étrangers à sa production.

A côté de la question de l'épidémie se place naturellement celle de la contagion ; les doigts, les linges souillés de pus peuvent infecter l'enfant qui par les grattages propage son mal sur lui-même. Le pemphigus épidémique se transmet non seulement de l'enfant à l'enfant mais encore de l'enfant à l'adulte. Des auteurs ont cité des exemples de transmission à la mère. M. le Professeur Marfan dans ses leçons cite le cas d'une externe du service qui a été contagionnée et qui a présenté une bulle sur la joue. J'ai observé moi même un cas de contagion

chez une femme dont les jumeaux étaient atteints de cette affection, elle présenta une bulle sur les fesses et fait intéressant l'éruption bulleuse qui fut unique fut suivie d'éléments de folliculite et de furoncle.

---

## DIAGNOSTIC

---

Les éruptions bulleuses sont beaucoup plus fréquentes chez les petits que chez les adultes en raison de la finesse de leurs téguments et de l'abondance de leur lymph.

— Le pemphigus syphilitique se distingue par la date de son apparition, par son siège et par les signes concomitants de la spécificité. Les syphilides bulleuses se caractérisent en effet par une éruption très précoce que l'on surprend parfois dès la naissance de l'enfant, qui apparaissent quelques fois un peu plus tard dans les tout premiers jours qui suivent la naissance. Ce pemphigus syphilitique présente des caractères assez typiques, il débute invariablement par la paume des mains et la plante des pieds, s'y confine généralement. Les éléments naissent sur une surface cyanosée d'une couleur violacée ou hortensia, entourée d'une zone plus vive; l'épiderme se soulève, la bulle se constitue en deux jours, transparente à l'origine elle ne tarde pas à se troubler, à devenir purulente. Son diamètre varie entre deux à trois millimètres et un centimètre ou même plus. Dans bien des cas plusieurs bulles voisines se réunissent de façon

à former une poche de pus aux contours vaguement polycycliques. Au bout de quelques jours la bulle crève et met à nu une surface rouge luisante, la réfection de l'épithélium s'effectue mal, parfois mais exceptionnellement il se produit une ulcération. Plusieurs semaines sont nécessaires pour que s'achève la réparation des lésions qui laissent après elles une tache érythémateuse ; c'est bien rarement d'ailleurs qu'on assiste à la guérison de ces lésions cutanées, la mort étant le lot le plus habituel de ces nouveau-nés porteurs de pemphigus spécifique.

On trouvera le tréponème généralement en grande quantité dans le sérum qui vient sourdre sur le plancher même des lésions.

L'ensemble des signes concomitants de la syphilis est capital, la rhinite spécifique est souvent précoce, les rhagades des commissures labiales, les fissures chéloïdiennes de l'anus sont fréquentes, le foie est gros et dur, la rate est palpable, la présence des ganglions sus-épitrochléens est la signature de la spécificité.

Le diagnostic se déduit facilement de l'ensemble des symptômes, il y a là les éléments d'une certitude absolue à laquelle viendront en aide sans lui donner plus de force les résultats de laboratoire et la recherche des antécédents morbides chez les générateurs.

— Le pemphigus peut simuler une varicelle alors qu'il n'est représenté que par des bulles petites, ne dépassant guère le volume d'un grain de chènevis, arrondies et transparentes ; mais l'erreur ne peut être de longue durée et l'évolution lèvera tous les doutes. L'éruption de la

varicelle n'a pas une prédilection marquée pour le cou et la nuque comme celle du pemphigus, l'éruption souvent très étendue se généralise par poussées successives et les éléments qui sont à des stades différents « vésicule-pustule-croûte, » sont caractéristiques.

La distinction n'est difficile que lorsqu'on lit les descriptions, car dans la pratique la plupart du temps on aura fait le diagnostic sans même songer à l'affection qu'on laisse de côté.

— Pas davantage on ne se laissera tromper par certaines manifestations pemphigoïdes reliées à des troubles digestifs, ce sont là des lésions par auto intoxication de nature urticarienne, représentant une réaction de l'individu, réaction qui se reproduira identique dans les mêmes circonstances.

La distinction est facile d'ailleurs, dans l'urticaire vésiculeuse ou bulleuse l'élément bulleux repose sur une base papuleuse, rouge, très prurigineuse.

— L'épidermolyse bulleuse héréditaire encore appelée pemphigus héréditaire a été parfois confondue avec le pemphigus épidémique, elle s'en distingue nettement comme l'ont fait voir les travaux de Vidal, Hallopeau, Petrini-Galatz, Hudelo et Montlaur. C'est une dermatose rare, due à une fragilité spéciale de l'épiderme, caractérisée par l'apparition tantôt spontanément, tantôt sous l'influence de légers traumatismes de bulles qui se renouvellent incessamment par poussées successives, échappant à tout traitement. C'est une malformation cutanée plutôt qu'une maladie.

Les bulles souvent solitaires ont un contenu soit

séreux, soit séro-sanguinolent. Les poussées sont rares. Le siège de prédilection de ces lésions est limité aux régions d'extension des membres supérieurs et des membres inférieurs, coudes, mains surtout à la région métacarpophalangienne, genoux, malléoles et surfaces dorsales des orteils. A force de se répéter sur ces mêmes points les lésions laissent des traces, la peau s'atrophie sur les grandes régions coudes et genoux, il se produit des cicatrices blanchâtres, kératosiques, et enfin des corpuscules de milium. Plus encore que ces dernières lésions consécutives aux bulles les ongles subissent une altération profonde et la plupart disparaissent même complètement. La maladie est souvent héréditaire ou familiale. L'état général reste bon, les enfants se développent normalement.

L'aspect des lésions, leur répétition, les lésions trophiques consécutives, le caractère familial, parfois l'hérédité donnent à l'épidermolyse bulleuse congénitale un cachet tout particulier qui la distingue de toutes les autres dermatoses.

— Dans la dermatite herpétiforme de Dühring et la variété très voisine que constitue la dermatose polymorphe douloureuse à prédominance bulleuse de Brocq, l'éruption est toujours polymorphe, à côté des bulles, élément le plus important, il y a toujours des vésicules de petit volume, herpétiformes, disséminées ou groupées, et aussi des pustules. A ces éléments primordiaux s'ajoutent des érythèmes plus ou moins étendus, des papules, des lésions de grattage, des érosions. Ces éléments siègent en différents points du corps.

L'éruption n'est pas tout quoiqu'elle soit le trait dominant de la maladie, elle s'accompagne toujours de phénomènes douloureux plus ou moins pénibles : prurit, démangeaisons, sensation de cuisson, de brûlures. Cependant d'après certains auteurs le prurit n'existerait pour ainsi dire pas dans la moitié des cas chez les sujets âgés de moins de quinze ans.

Le liquide des bulles contient au début des éosinophiles en grande majorité dans la proportion de 30 à 95 pour cent, il n'y a pas de microbes. Le sang renferme de 12 à 15 éosinophiles pour 100 globules blancs.

La maladie n'est nullement contagieuse, ni inoculable. Elle a une durée très longue, elle procède par poussées successives après des intervalles plus ou moins longs d'amélioration ou de guérison. Par contraste avec cette situation si pénible l'état général reste bon, l'appétit est conservé, l'enfant ne maigrit pas.

Mais cette dermatite moins rare dans l'enfance qu'on ne le croyait autrefois ne se rencontre qu'exceptionnellement après la naissance, en dehors du cas de Hallez et Züher nous n'avons trouvé dans la littérature que les rares cas de Bowen, J. Hallé, de Brocq se rattachant à la première enfance.

— La dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle ou maladie de Ritter, dont l'étude critique a été faite dernièrement par Hallez est une affection dont l'autonomie ne semble pas absolument prouvée. Elle est surtout connue dans les pays centraux, Ritter le premier en 1878 l'a observée dans son hospice d'Enfants trouvés à Prague.

Dans sa forme la plus habituelle la dermatite exfoliatrice débute par la face, autour de la bouche en particulier apparaît une rougeur qui gagne la partie inférieure du visage et en deux ou trois jours le reste du corps. La peau est d'un rouge pourpre. Sur l'érythème plus ou moins étendu peuvent apparaître de petites vésicules et quelquefois des bulles remplies d'une sérosité louche.

Puis les vésicules et les bulles s'affaissent et la desquamation commence en larges lambeaux épidermiques.

Le caractère d'épidémicité signalé par Ritter laisse à penser que cette maladie n'est peut-être après tout qu'une forme spéciale de pemphigus épidémique des nouveau-nés avec desquamation consécutive évoluant sur un terrain spécial. D'ailleurs les examens bactériologiques pratiqués avec le contenu des vésicules, lesensemencements faits avec les squames, les hémocultures même n'ont pu mettre en évidence aucun germe spécifique, mais ils ont montré le plus souvent du staphylocoque ou un petit diplocoque analogue à celui qu'on peut rencontrer dans le pemphigus.

— Il existe encore une sorte de pemphigus qui se développe sur des enfants porteurs d'une infection grave, telle une gastro-entérite ou une broncho-pneumonie par exemple.

Tandis qu'on les traite, tout-à-coup ils font une éruption bulleuse. Ces petits malades ont été baignés, ont subi des enveloppements tièdes toutes les 3 ou 4 heures ; leur épiderme, leur couche cornée a été macérée par cette hydratation répétée, d'où l'infection des téguments par les germes qui en sont les hôtes coutumiers : sta-

phylocoques et streptocoques. Les germes ont trouvé dans cette peau sans cesse attendrie par des bains ou des applications humides un excellent milieu de culture, Les bulles ne tardent pas à se disséminer surtout si les bains sont continués, et l'infection épidermique gagne de proche en proche. Parfois par suite d'auto-inoculations successives il se forme des abcès intradermiques, de légers phlegmons et il n'est pas rare de voir certaines lésions gagner notablement en profondeur, devenir ulcéreuses et térébrantes, amener du sphacèle.

Mais ce ne sont là que des dermatites infectieuses de cause externe.

— Le Pemphigus épidémique des nouveau-nés se présente avec des caractères suffisamment tranchés pour mettre à l'abri d'une erreur ; l'épidémicité, l'inoculabilité, l'auto-inoculabilité, le peu de retentissement de l'affection du moins au début et dans la plupart des cas sur l'état général permettent de distinguer le pemphigus épidémique des autres affections bulleuses que peuvent présenter les enfants en bas âge et c'est embrouiller à plaisir son histoire que d'essayer d'en faire un diagnostic avec toutes les lésions bulleuses.

---

## TRAITEMENT

---

Les soins de propreté suffisent généralement.

Pour soustraire les bulles aux frottements, on pourra les saupoudrer avec des poudres inertes : ektogan, bismuth, dermanol ; on évitera l'amidon susceptible de fermenter ; ou bien on isolera les bulles sous une couche de vaseline lanoline stérilisées mélangées à parties égales ; l'emploi de l'huile goménolée à 5 ou 10 o/o à la fois isolante et antiseptique a donné de bons résultats.

On évitera de baigner l'enfant pendant tout le temps de la maladie. On utilisera du linge fin pour éviter l'irritation de la peau. On pourra entraver les mains du petit malade pour l'empêcher de s'inoculer un peu partout.

L'alimentation au sein est évidemment préférable en prenant soin d'éviter l'inoculation de la mère et en particulier des mamelons en utilisant l'antisepsie locale avant et après la tétée.

La nature infectieuse, l'origine probablement staphylococcique du pemphigus, nous a conduit à essayer le traitement par les vaccins antistaphylococciques.

Le vaccin antistaphylococcique de Pasteur en injection sous-cutanée aux doses journalières et croissantes de  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{3}{4}$ , 1 centimètre cube, continué à cette dose pendant une dizaine de jours, a amélioré l'état de 5 de nos petits malades, les bulles diminuèrent de nombre, les poussées se firent moins fréquentes, mais les enfants sont partis avant la complète guérison et n'ont pu être suivis.

Un auto-vaccin préparé avec du liquide d'une des bulles, administré en injection sous-cutanée aux mêmes doses que le vaccin antistaphylococcique, les injections se répétant seulement tous les deux jours, nous a donné de bons résultats. Les éléments d'abord moins nombreux, étaient complètement disparus le neuvième jour. L'enfant est parti complètement guéri, mais nous n'avons pas pu savoir si de nouvelles poussées s'étaient manifestées par la suite.

Ne possédant qu'une seule observation, nous ne pouvons pas conclure, mais il serait intéressant, croyons-nous, d'essayer systématiquement le traitement afin de noter les résultats obtenus.

---

## PROPHYLAXIE

Il faut soustraire le malade à toutes les causes d'inoculation et d'auto-inoculation. S'il y a un foyer d'épidémie, on éloignera immédiatement les sujets indemnes, on isolera ceux qui sont atteints.

Les personnes qui les soigneront seront soumises à de très sérieuses précautions de désinfection et d'asepsie avant et après les pansements. Ces précautions sont indispensables et pour elles et pour les bébés qu'elles auront à manier.

---



## CONCLUSIONS

---

On désigne sous le nom de pemphigus épidémique des nouveau-nés une dermatose inoculable et auto-inoculable, objectivement caractérisée par une éruption bulleuse. C'est une maladie tout à fait différente des autres éruptions connues, rangées sous le vocable de pemphigus, et qui ne sont ni inoculables, ni auto-inoculables ; l'élément bulleux étant leur seul point commun.

L'origine infectieuse du pemphigus des nouveau-nés a été soupçonnée dans la seconde moitié du xix<sup>e</sup> siècle, mais il ne semble pas contestable que des épidémies analogues ont été constatées antérieurement à diverses reprises et dans différents pays, à titre assez exceptionnel.

Il s'agit d'une affection microbienne attribuable à une infection exogène, sur la nature de laquelle les différents auteurs ne sont pas encore d'accord.

Pour quelques dermatologistes très autorisés, il s'agirait d'un impétigo bulleux. Si l'on admet que l'impétigo de Tilbury Fox est d'origine toujours streptococcique, on s'attend à retrouver dans le liquide des bulles ce même streptocoque.

Les examens bactériologiques que nous avons pu faire ne semblent pas confirmer cette manière de voir. Pour certains d'ailleurs, le staphylocoque serait l'agent causal de la maladie. En effet, nous l'avons toujours rencontré dans le liquide des bulles d'apparition récente et encore intactes, soit sous forme de grappes caractéristiques, soit sous forme de diplocoques prenant le Gram, le plus souvent intra-cellulaires.

Les cultures de ce liquide nous ont constamment montré le staphylocoque, et jamais le streptocoque ; nous n'y avons jamais rencontré la forme de diplocoque.

On pourrait opposer que le staphylòcoque est un saprophyte banal de la peau, il est néanmoins intéressant de constater que s'il n'est pas l'agent causal de l'affection, il'en est au moins le témoin habituel, et que le streptocoque n'a été rencontré dans aucun des cas que nous avons pu examiner.

Les vaccins antistaphylococciques et l'auto-vaccin préparé avec le liquide des bulles nous ont donné des résultats encourageants, mais nous n'avons pu observer un nombre de cas suffisants pour nous permettre d'arriver à des conclusions fermes.



*Vu, le Doyen,*

H. ROGER

*Vu, le Président,*

MARFAN

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

APPELL.

## BIBLIOGRAPHIE

---

BAZIN. — Leçons sur les affections génériques de la peau.

OZANAM. — Hist. Méd. Gén. et particulière de 3 mal. épid. contag. et épizoot. qui ont régné en Europe. 2<sup>e</sup> édition Paris et Lyon 1855. Tome IV, p. 139.

OZANAM. — Introduct. méthod. in théor. et prax, médecine. Pars prima 1774.

TROUSSEAU. — Gaz. des Hôp. 1842, p. 147.

HERVIEUX. — Le Pemphigus épidémique des nouveau-nés *Bull. Soc. Méd. Hôp.* 1868, p. 82.

BESNIER. — Rapport de la Commission des mal. régnantes. *Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 1874, p. 234 à 244.

AHLFELD. — Über eine endemie von morbus bullosus neonatorum in der Entbindungs Beustalt zu Leipzig. *Archiv. für Gynækologie.* Tome V, fas. 1, 1873.

HOMOLLE. — Une épidémie de pemphigus chez des nouveau-nés. *Progr. Méd.* 1874, p. 789.

SALVAGE. — The Lancet 1890, n<sup>o</sup> 3477, p. 850.

KAPOSÍ. — Soc. Viennoise de Dermatologie 10 mars 1897.

KNOCKER. — Dermatological Society of London, 11 mai 1898.

PASINI. — Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 1903, fas. 2 et 3, p. 226 à 273.

G. MAGUIRE. — British Journal of dermatology, déc. 1903, p. 427.

MARGARET MARY SMITH. — British Med. Journal, 22 janvier 1910.

WEIL et DUFOURT. — Quelques cas de pemphigus infectieux épidémique, 5 mai 1912, p. 990.

FALLS. — The journal of the American medical association, 18 nov. 1916, p. 1522.

VIDAL. — Soc. Biologie 1874, p. 328.

COLRAT. — Contribution à l'étude du Pemphigus épid. *Rev. de Méd.*, 1884, p. 935 à 943.

W. PETER. — Zur Ätiologie des P. neonatorum. *Berlin. Klin. Wochenschrift*, 1896, p. 124.

EMMET HOLT. — New-York medical Journal, 3 février 1898, p. 175.

G. MUNRO. — British medical journal, 29 avril 1899, p. 1021.

KREIBICH. — Wiener dermatologische Gesellschaft, 16 avril, 1902.

FÖRSTER. — Journal of the American medical Association, 31 juillet 1909, p. 358.

DEMME. — Verhandl. des Congress. f. inn. Med., Wiesbaden, 1886.

STRELITZ. — Arch. für Kinderheilk., 1889, vol. XI, p. 7.

ALMQUIST. — Zeitsch. für Hygiene, 1891, vol. X, p. 953.

LANDSTEINER LEVADITI et PRASEK. — Etude expérimentale du P. infectieux aigu, *Soc. Biologie* 29 avril 1911, p. 643.

LANDSTEINER LEVADITI et PRASEK. — Contribution à l'étiologie du P. infectieux aigu, *Soc. Biologie*, 24 juin 1911, p. 1026.

HUTINEL. — Les Eruptions bulleuses chez l'enfant. *La Pédiatrie pratique*, 25 août 1912, p. 417.

WEIL et DUFOURT. — Le P. infectieux aigu d'origine staphylococcique. *La Pédiatrie pratique*, juillet 1912, p. 377.

BROcq. — Pratique dermatologique, Besnier, Brocq et Jaquet, 1902. Tome 3, p. 829.

DARIER. — Précis de dermatologie, 1918, p. 184.

HEDINGER. — Archiv. f. Dermatologie u. Syphilis, t. LXXX, p. 349.

FALLS. — The journal of the American medical Association  
18 nov. 1916, p. 1522.

GÉO CRARY. — The journal of cutaneous diseases, janv.  
1906, p. 14.

COMBY. — Traité de maladie des Enfants, 6<sup>e</sup> édit. 1920,  
p. 981.

GOUGEROT. — La dermatologie en clientèle p. 267.

TIECHE. — Correspondenz Blatt für Schweizer Aertze,  
1<sup>er</sup> août 1908, n<sup>o</sup> 15, p. 488. *Pediatra Espanola*, 15 juin 1913,  
II année n<sup>o</sup> 9, p. 262.

VIDAL. — Réunion de l'hôpital St-Louis, 4 av. 1889.

BROCQ. — Variété fruste de dermatite herpétiforme. *Bull.  
Soc. Dermatologie*, 1890, p. 148.

HALLOPEAU. — Sur une dermatose bulleuse congénitale  
avec cicatrices indélébiles, kystes épidermiques et manifes-  
tations buccales. *Bull. Soc. Dermatologie*, 1890, p. 3.

PETRINI-GALATZ. — Annales de Dermatologie et de Syphil.  
août, septembre 1906, p. 766.

HUDELO et MONTLAUR. — Epidermolyse bulleuse à kystes  
épidermiques. *Bull. Soc. Dermatologie*, 6 nov. 1913, p. 421.

GRANDJEAN BAYARD. — Etude sur le P. congénital à kystes  
épidermiques. *Thèse Paris*, juillet 1906, n<sup>o</sup> 369.

HALLEZ et ZUBER. — Sur un cas de dermatite polymorphe  
de Brocq à prédominance bulleuse chez un nourrisson de  
5 semaines. *Soc. de Pédiatrie*, 17 janvier 1922.



## TABLE DES MATIÈRES

---

|                                                           | Pages |
|-----------------------------------------------------------|-------|
| INTRODUCTION .....                                        | 5     |
| CHAPITRE I. — Historique .....                            | 7     |
| CHAPITRE II. — Etude clinique .....                       | 14    |
| 1 <sup>o</sup> Symptômes .....                            | 14    |
| 2 <sup>o</sup> Evolution, Pronostic .....                 | 17    |
| CHAPITRE III. — Observations .....                        | 19    |
| CHAPITRE IV. — Anatomie Pathologique, Bactériologie ..... | 44    |
| CHAPITRE V. — Etiologie .....                             | 46    |
| CHAPITRE VI. — Pathogénie .....                           | 53    |
| CHAPITRE VII. — Diagnostic .....                          | 56    |
| CHAPITRE VIII. — Traitement et Prophylaxie .....          | 63    |
| CONCLUSIONS .....                                         | 67    |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                       | 69    |

---

---



